Rok IV Seria II Kraków Nr 6 (15. III. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wrocławskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

TREŚĆ:

CONTENTS:

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie — Redaktor odpowiedzialny: dr B. Giędosz

Rok IV Seria II Kraków Nr. 6 (15. III. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

NUMER POŚWIĘCONY

II zjazdowi lekarzy powiatowych, dyrektorów szpitali, naczelnych lekarzy ubezpieczalni społecznych i sekretarzy wydziałów powiatowych woj. krakowskiego

PROTOKÓŁ

z II Zjazdu lekarzy powiatowych (miejskich), Dyrektorów Szpitali, Nacz. Lekarzy Ubezp. Społecznych i Sekretarzy Wydziałów Powiatowych woj. Krakowskiego, który odbył się w dniach 23. i 24. I. 1948 r. w Zakopanem.

Dzień 23 stycznia 1948 r.

Porządek dzienny:

1. Otwarcie Zjazdu — Wicewojewoda Krakowski Przybysz Stanisław.
2. Zagajenie — Minister Zdrowia, Dr med. Michejda Tadeusz.
3. Krótkie sprawozdanie z działalności Woj. Wydziału Zdrowia w r. 1947 — Nacz. Dr Anzelm Oskar.
4. Podniesienie poziomu lecznictwa w zakładach leczniczych woj. Krakowskiego — Doc. Nowicki Stanisław.

Korreferent — Dr Brodowski Władysław.

5. Usprawnienie gospodarki w szpitalach publicznych — Mgr. Oleksy Antoni.
6. Dyskusja.
7. Powiatowy (obwodowy) ośrodek zdrowia, jako punkt węzłowy lecznictwa otwartego — Dr Głodzik Władysław.
8. Dyskusja.
9. Krótkie sprawozdania lekarzy powiatowych wg nadesłanego schematu.
10. Komunikaty Woj. Wydziału Zdrowia.

a) Organizacja walki z gruźlicą — Doc. Dr Hornung Stanisław.

b) Sprawy zdrowia matki i dziecka — Dr Nowicka Janina.

c) Sprawy farmaceutyczne — Mgr. Zubrzycki Stanisław.

d) Sprawy pielęgniarskie — Ob. Wilczyńska Michalina.

11. Wolne wnioski.

Przemówienie Wicewojewody Krakowskiego.

Otwieram II zjazd lekarzy powiatowych, dyrektorów szpitali, naczelnych lekarzy Ubezpieczalni Społecznych i Sekretarzy Wydziałów Powiatowych Woj. Krakowskiego.

Witam Ob. Ministra Zdrowia, Dr Michejdę, Ob. Ministra Dr Kożusznika, Dyrektorów Departamentów Dr Grynberga i Dr Rudzińskiego oraz Naczelnych lekarzy Ubezpieczalni Społecznych i Sekretarzy Wydziałów Powiatowych.

Do Prezydium Zjazdu poproszę: Ob. Ministra Kożusznika, Dyr. Departamentu Dr Grynberga, Dyr. Departamentu Dr Rudzińskiego, Naczelnika Wydziału Zdrowia w Krakowie Dr Anzelma i Dyrektora Wentzla — przedstawiciela PCK.

Po raz drugi w odrodzonej Polsce zebraliśmy się na zjeździe lekarzy powiatowych woj. Krakowskiego. Od chwili pierwszego zjazdu wiele posunęliśmy się naprzód, ale także pozostało nam dużo do zrobienia.

Zniszczenie było bardzo wielkie, wszyscy lekarzy przenosili wiele cierpień i trosk, niejedni siedzieli w obozach koncentracyjnych, ale powrócili dzięki Bogu szczęśliwie i zabrali się do pracy nie z punktu widzenia dochodowości, ale dla dobra społeczeństwa.

Dlatego dziś po podsumowaniu wszelkich rezultatów, chcemy dowiedzieć się nowoczesnych metod, jakie Min. Zdrowia wprowadza i jak w dalszym ciągu mamy realizować jego plany.

W imieniu Wojewody Krakowskiego życzę wszystkim zebranym owocnych obrad i pomyślnych wyników zjazdu oraz proszę Pana Ministra Zdrowia o zabranie głosu.

Przemówienie Ministra Zdrowia Dr Michejdy.

Koledzy! Fizyczne i psychiczne zdrowie społeczeństwa jest problemem ogólnopaństwowym, problemem warunkującym ustalenie i umocnienie naszej państwowości, warunkującym rozwój i przyszłość narodu.

Przemiany strukturalne podłoża społeczno-ekonomicznego i ustrój państwowy stawiają przed Służbą Zdrowia jako całością zadanie w skali dziejowej — zadanie wtopienia się w daną strukturę, włączenia się w społeczne nurty aktywności, w rytm ogólnej pracy współzawodnictwa twórczego postępu, aby stworzyć optymalne warunki istnienia i rozwoju pracy we wszystkich

dziedzinach i placówkach działalności naszej Służby Zdrowia.

Punktem wyjścia, warunkującym zapewnienie zdrowia jest zasada, że jedynym ośrodkiem centralnym planowania w dziedzinie zdrowotności jest Ministerstwo Zdrowia, które biorąc pod uwagę organizację naszych władz państwowych poprzez skoordynowanie wszystkich czynników, pozostających w orbicie Służby Zdrowia, staje się ośrodkiem dyspozycyjnym, celem wprowadzenia polityki zdrowia w planowy jeden nurt łożyska.

Z chwilą, gdy ustaliliśmy podstawowe zasady i mamy wizję dróg, którymi polityka działalności ma płynąć, rodzi się plan akcji — problemem staje się tylko sposób realizacji.

Realizacja dzieła bazuje na 2-ch elementach: materialnym i ludzkim. Elementem materialnym — są gmachy, szpitale, sanatoria, aparaty, sprzęt szpitalny i literatura, to wszystko bez czego nowoczesne lecznictwo, nauka i badania obyć się nie mogą. Nie od nas zależy dostarczenie tego wszystkiego w potrzebnej ilości.

Drugim elementem — są kadry lekarskie i pomocniczo-lekarskie, kadry Służby Zdrowia. Wiemy, że uległy zniszczeniu w czasie wojny, ale fakt ten powinien być bodźcem do większego wysiłku tych, którzy pozostali. Żyjemy na przełomie dziejów, u schyłku epoki zacofania. Obecnie miliony osobników pracują w zgodnym rytmie, wynikającym z nowej ideologii wspólnoty i to jest ta odmienna wartość od dawnego polskiego zacofania Nasze kadry lekarskie muszą zdać sobie sprawę, że osiągnięcie osobistego szczęścia fizjologicznego nie może być szczytem wysiłku i kresem działalności, a z psychiki swej społecznej wyeliminować muszą różne stare resztki wczorajszego dnia i dawne przesady.

Całość naszego życia ideowego organizowana musi być przez ten sam kierunek woli z zasadami tej woli — to kierunek działania, to wiedza, to owocne działanie.

Na tych elementach opiera się realizacja dzieła.

Ci koledzy, którzy włączyli się w krąg życia, którzy są ogniwem czynnym tej naszej rzeczywistości — to ci już realizują, już rozszerzają człowieczeństwo, jako szczytowe pojęcie i realizują mit wielkiego potężnego Państwa, które szlakiem innych narodów pójdzie naprzód do wielkiej naszej potęgi dziejowej.

Dr O. ANSELM

Sprawozdanie z działalności Woj. Wydziału Zdrowia w 1947 r.

25. I. 1947 r. upływa 3 lata od daty rozpoczęcia pracy Wydziału Zdrowia w Krakowie po wypędzeniu szwabów. Wypada przeto zrobić rachunek sumienia — wypada podsumować osiągnięcia Wydziału Zdrowia za okres trzechletni*). Skutki znanej polityki okupanta były tego rodzaju, że przede wszystkim zmuszeni byliśmy zwrócić uwagę na zakłady lecznicze zamknięte i otwarte.

*) Wyniki, których to osiągnięć należy przypisać wytężonej pracy Lekarzy powiatowych, Dyrektorów Szpitali i całej służbie pomocniczo-lekarskiej.

Personel Wydziału na początku był szczupły i niedobrany. Dopiero teraz mamy cały komplet i to personelu rutynowanego wzgl. przeszkolonego.

Osiągnięcia personelu ilustrują poniższe tabele:

	Wydz. Zdrowia	NNK wraz z kol. Wojew.	NNK w terenie
Pracowników było w 1945	12	38	180
Pracowników jest w 1948	18	17	16

Widzimy z tego, że personel NNK ostatnio zreorganizowany i przemianowany na Oddział Sanitarno-epidemiczny Wydz. Zdr., znacznie się skurczył, personel zaś Wydziału Zdrowia zwiększył się o 50%.

Poniższa tabela wyjaśni przyczyny zmian:

	1938	1945	1947
Dur plamisty	96	925	76
Dur brzuszny	898	2457	577
Czerwonka	83	1004	117

Epidemie, które najwięcej trapią kraje po każdej wojnie, są już poza nami, znajdujemy się w stanie „względnego" pokoju.

Duru plamistego i brzusznego mamy nawet mniej niż przed wojną, a przecież te choroby są znamiennym wskaźnikiem stanu sanitarnego Kraju.

Przechodzimy do lecznictwa otwartego i zamkniętego:

M. Kraków	1938	1948	
Ośrodki Zdr. Wojew.	—	1	w organizacji — już mamy dobrze funkcjonującą Centr. Poradnię przeciwgruźliczą
„ „ obwod	—	3	
„ „ okręg.	—	1	
Łóżek szpitalnych miejskich	170	550—300	w budowie w r. 1948/49
Centr. kuchnię mleczną	—	1	
Zakład Państw. dla umysłowo - chorych—Kobierzyn	1200	550	(po kompletnym zrujnowaniu) dalsze pawil. w bud.
Teren Wojew. Krakowskiego			
Ośrodków Zdrowia	51	76	wraz z Ośr. Zdr. dojazd.
Pow. Ośr. Zdr. I. kat. tzn. z apar. Rentg., mikroskop. i phtizjolog.	5	14	a może być i 15, lecz brak lek. rentgenol. i odpowiedn. lokalu w pow. Dąbrow.-Tarnow.

	1938	1948
Laborantek w pow. Ośr. Zdr.	—	13
Ambulat. lek.-dent.	—	18
Ambulat. lek.-ruch.	—	3
Akuszerek gm.	—	204 na 231 gmin wiejskich i miejskich
Środki transport.	—	14 sanitarek na 15 powiat.
Szpitali zredukowano karłowatych poniem.		5
Szpitali nowych zorganizowano	4	Biała — 300 łóżek Maków — 80 łóżek Brzesko — 100 łóżek Limanowa — 40 łóżek
W organizacji	1	Myślenice — 30 łóżek Pogotowie położniczo-chirurg.
Bez Szpitali	4	
W ogóle na terenie całego Wojew. wraz z Krakowem łóżek szpital.	8310	9506
W szpitalach tych sal osesków	3	5 i 4 w stadium organiz.
Prewentoriów	—	10—580 łóżek
Konsulentów Min. Zdrowia	—	2
Szkół — szkolenie stałe:		
Szkół pielęgn.	1	3+1 w stad. organ.
Szkół laborat.	—	1

Szkolenie periodyczne:

Kursów p-tbc.	3
p-jagl.	6
p-wener.	2
sport.	1
położn.	2
dezynf.	2
malar.	1
dla lek. przem.-fabr.	1

Kursów dla przodown. Zdr. 8 z 269 słuchaczami organizowane przez „Wici", Samopomoc Chłopską i Harcerstwo.

Masowe badania ludności na:

1. Wole — 19.341 osób — 24 osiedli pow. Nowy Sącz — 38% wola — Matołect. 1,5%;

19 osiedli pow. Myślenice — 36.5% wola — matołect. 0,35%.

Badania te spowodowały wzmożenie akcji stałego zaopatrywania ludności okolic górskich i podgórskich w sól jadalną jodowaną w porozumieniu z Polskim Monopolem Solnym. Od 1. VI. 1947 r. rozszerzono akcję na teren całego Województwa.

2. Dziatwy szkolnej szkół powszechnych 175.100
w 897 szkołach: wykryto jaglicy 770
podejrzenia jaglicy 325

NB. Te badania na wole i dziatwy szkolnej są w opracowaniu naukowym Prof. Higieny Dr Brunona Nowakowskiego.

3. Gruźlicy w Krakowie	22.755 osób
z terenu	35.779 osób
razem	58.534 osób
w tym:	
poborowych rocz. 26/27	15.023 osób
stwierdzono bez zmian gruźl.	82,51%
ze zmianami wygojon.	13,77%
ze zmian gruźl. czyn.	3,26%
zakaż. gruźl. płuc	0,46%
	100,00%

W wyniku badań poborowych zostało zwolnionych ze służby wojskowej 489 osób z czynnymi zmianami gruźliczymi i 70 osób z otwartą gruźlicą.

4. W trakcie są badania wszystkich nauczycieli szkół powszechnych.

NB. Badania na gruźlicę młodz. szkolnej, poborowych i nauczycielstwa są w opracowaniu naukowym Doc. Dra Stanisława Hornunga.

5. Na syfilis:

a) ludności wiejsk.	1608 osób	1,3% dod. odczyn.
b) robotników	3200 osób	2% dod. odczyn.
c) akademików	17600 osób	0,7% dod. odczyn.
Razem	22408 osób	

Badania te są w opracowaniu asystentów Prof. Waltera, Dr Capińskiego i Dra Lebiody.

Masowe więc badania dotknęły 275.383 osób.

Choroby społeczne — zwalczanie:

A. Gruźlica: We wszystkich powiatach poza Dąbrową Tarnowską udostępniono ludności leczenie gruźlicy odmą sztuczną. Dla izolacji chorych stworzono w 6 powiatach oddziały szpitalne, w reszcie powiatów chorzy na gruźlicę przyjmowani są na oddziały zakaźne. W trakcie uruchomienia jest Sanatorium samorządowe w Bulowicach, specjalnie przeznaczone dla ludności wiejskiej i miejskiej nie ubezpieczonej. Leczenie niezamożnych na oddziałach szpitalnych i w Sanatoriach jest bezpłatne.

B. Syfilis: Udostępniono wszystkim obywatelom bez ograniczeń leczenie syfilisu w poradniach skórno-wenerycznych Ośrodków Zdrowia. Leki i zabiegi — bezpłatne, co podajemy do wiadomości publicznej w prasie codziennej.

C. Jaglica: Zapewniono systematyczne leczenie bezpłatne, we wszystkich poradniach Ośrodków Zdrowia. Instrukcyjna Kolumna P-jaglicza objechała 12 powiatów. Okulista tej kolumny zbadał wszystkich zgłaszających się na badanie.

Ponadto w Limanowej przez 6 tygodni w lecie 1947 r. pracowała Okulistyczna Czołówka, która

przebadała ambulatoryjnie	1.193 osób
świeżo zarejestrowano jaglicy	22 „
zarejestrowano niewidomych	45 „
dokonano zabiegów oper.	64 ..

	1938	1946
Śmiertelność niemowląt:	13,2%	14,4%

Dużo jeszcze braków mamy w naszym szpitalnictwie, wymaga ono troskliwej i stałej opieki,

jednak Szpitale nasze stopniowo dochodzą tak pod względem leczenia, żywienia, jak i zaopatrywania do norm przedwojennych.

Obecnie na czoło wysuwają się następujące zagadnienia:

1. zdecydowana walka z syfilisem,
2. zdecydowana walka z gruźlicą.

Dla zadość uczynienia tym zadaniom powiatowe Ośrodki Zdrowia, główne czynniki w tej powszechnej walce — winny być na wysokim poziomie tak pod względem zaopatrzenia, jak i fachowym — to jest czołowe zagadnienie naszej pracy na rok 1948.

3. Jak powiedziałem wyżej weszliśmy w okres względnego pokoju, nie stałego, bo stan sanitarno-porządkowy pozostawia jeszcze wiele do życzenia i łatwo może przyczynić się w przyszłości do wybuchu nowej epidemii. Przeto podniesienie stanu sanitarno-porządkowego należy zaliczyć również do czołowych zadań Publ. Służby Zdrowia.

Czołowe te zagadnienia:
walka z syfilisem
„ z gruźlicą
„ z niechlujstwem w życiu codziennym

będą szczegółowo przedstawione przez odnośnych referentów poszczególnych działów.

Doc. dr ST. NOWICKI

Podniesienie poziomu lecznictwa w szpitalach ogólnych województwa krakowskiego

Obejmując na dzisiejszy zjazd referat o podniesieniu lecznictwa w szpitalach ogólnych, winien jestem na wstępie zaznaczyć, że niepodobna, abym mógł ten temat wyczerpać. Nie jestem dość przygotowany do omówienia całości lecznictwa szpitalnego, a niema tak zebranych statystycznych danych, aby stanowiły podstawę do ściślejszych porównań, o ile w ogóle jest możliwe oceniać dokładnie lecznictwo w samym świetle liczb. Opierał się będę głównie na własnych spostrzeżeniach, które zebrałem pełniąc czynności konsultanta chirurgicznego w szpitalach Województwa i w pewnym stopniu na sprawozdaniach działalności szpitali za rok 1946. Pominę tutaj stosunki panujące w krakowskich zakładach leczniczych. Poruszę więc niektóre wybrane zagadnienia i to takie, co w moim przekonaniu nadają się do praktycznego rozwiązania, a wpłynąć mogą na sprawniejszą działalność leczniczą szpitali.

Szpitalnictwo jest o wiele istotniej związane z pomieszczeniami, niż inne działy lecznictwa, stwarzając lepsze lub gorsze warunki dla chorych i mogą pomagać lub przeszkadzać w pracy załodze szpitalnej. Zagadnienia te były zawsze u nas trudne do rozwiązania i nie wolno oczekiwać, że w ciężkich warunkach powojennych ulegną rychłej poprawie. Jednak po wojnie zdołano zorganizować w naszym województwie, przeważnie w oparciu o wojenne szpitale epidemiczne, 5 nowych szpitali. W przebudowie znajduje się budynek dla szpitala w Bochni. Są to bezsprzecznie poważne osiągnięcia. Ale urządzenie szpitala, nawet w skromnych rozmiarach, wymaga znajomości budownictwa i lecznictwa szpitalnego. Jakkolwiek Ministerstwo Zdrowia poświęca wiele uwagi tym zagadnieniom, to przecież wymykają się spod centralnego nadzoru niektóre poczynania w powiatach. Nie zawsze dyrektor szpitala ma dość doświadczenia w tych sprawach, a jeszcze mniej takich kompetencji posiadają miejscowe komisje budowlane. Podobnie dzieje się czasem, gdy przystępuje się do przebudowy niektórych pomieszczeń, zwłaszcza izb operacyjnych. Jest zresztą dość trwałych śladów nieprzemyślanej twórczości budowlanej w szpitalach. Trudności, jakie w tych wypadkach nasuwają się, mogą być łatwo usunięte, bo plany budowy lub przeróbek mogą być rozpatrzone przez doświadczonych lekarzy szpitalnych i architektów, powołanych przez wojewódzki wydział zdrowia.

Niektóre nowopowstałe szpitale więcej przypominają wojenne szpitale polowe, niż stałe zakłady lecznicze. Nie widać w nich troski o wygląd estetyczny, ale o utrzymanie ważnych zasad higieny, co napewno nie jest obojętne dla poziomu lecznictwa. Dość jaskrawe różnice, jakie napotyka się w tym zakresie w różnych zakładach, czasem i w dawniej budowanych, świadczą, że nie są one zależne tylko od zasobów poszczególnych samorządów, ale są raczej wynikiem miejscowych stosunków. Nieraz wydaje się, że wprost zadania szpitala nie są należycie zrozumiane i ocenione przez miejscowe czynniki. Przytoczę imiennie jako przykład gminny szpital w Rabce, który zaspakaja nie tylko potrzeby okolicznych mieszkańców, ale też coraz liczniejszych sanatoriów, prewentoriów oraz kolonij dziecięcych w tym zdrojowisku. Ubóstwo i prymityw jego pomieszczenia razi chyba każdego, nawet przygodnego widza, który równocześnie ogląda piękne budynki przeznaczone na inne cele lecznicze. Jest nie do pomyślenia, aby władze służby zdrowia zgodziły się obecnie na otwarcie prewentorium w budynku, który jest siedzibą szpitala w Rabce i to od trzech lat.

O ile jednak złe warunki pomieszczenia mogą być częściowo pokonane przez wiedzę i zapał pracujących, to odpowiedni poziom lecznictwa może być utrzymany tylko przy pomocy należytego wyposażenia szpitalnego. Do bardzo ważnych i niezastąpionych należą urządzenia rentgenowskie. Niejeden z nas co prawda działał w niektórych okolicznościach wojny, a nawet na jej przełomie w zakładach leczniczych bez pomocy radiologicznej, ale należyte wyniki leczenia mogą być uzyskane tylko ze współdziałaniem radiologii. Do takich należą wszelkie złamania kości, zwłaszcza otwarte, które winny znaleźć się w skutecznym kręgu działalności każdego szpitala. Bez badań radiologicznych nie można postawić ścisłego rozpoznania i wskazań leczniczych w przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego, płuc, narządu moczowego. Lecząc złamania za pomocą wyciągów nie jest właściwe zmieniać ułożenie i dlatego dążymy, aby wykonać zdjęcie nie przenosząc chorego. Do tego nadają się aparaty przenośne, któ-

re są proste i łatwe w obsłudze. Nie wiem, jakie są obecnie możliwości uzyskania takich aparatów, ale powinny je posiadać wszystkie szpitale, a zwłaszcza pozbawione wykształconego radiologa. Znajdują się zaledwie w kilku szpitalach. Znikną wówczas takie wypadki, że chory przyjęty do szpitala z podejrzeniem na złamanie kostki bocznej podróżuje 30 km do sąsiedniego miasta, a po wykonaniu tam zdjęcia wraca z powrotem do szpitala, otrzymuje opatrunek ustalający i zajmuje niepotrzebnie łóżko, wprawdzie w nieprzepełnionym oddziale. Gorzej jeszcze dzieje się, gdy w innym szpitalu chorzy z gruźlicą kręgosłupa, stawu biodrowego, leżą miesiącami bez zdjęcia, bo szpital nie ma funduszów na przewiezienie ich do zdjęcia — i wskazania lecznicze są nie ustalone, a wartość dotychczasowego leczenia względna.

Badania radiologiczne narządów wewnętrznych mogą być dokonywane przez radiologów. Jest powszechny brak tych lekarzy, a także odpowiednich aparatów, na których mogą pracować. Zaledwie kilka szpitali jest pod tym względem należycie zaopatrzonych. Nawet niektóre największe powiatowe szpitale pozbawione są radiologów i odpowiednich aparatów. W tych warunkach radzą sobie ordynatorzy rozmaicie. Wyjątkowo nie doceniają znaczenia tych badań i są dość swobodni we wskazaniach leczniczych. Inni szczerze stawiają sprawę i odsyłają chorych do Krakowa. Często chorzy wysyłani są do badania radiologicznego i wracają z jego wynikiem do szpitali albo też gubią się gdzieś po drodze. Chorzy ubezpieczeni znajdują się w lepszym położeniu, bo w tych warunkach opiekuje się nimi Ubezpieczalnia. Ale zdarza się znowu, że niektóre Ubezpieczalnie nie rozumieją trudności i kosztów związanych z tym badaniem i chcą przerzucić cały jego ciężar na szpital. Jak bardzo jest nieuporządkowany ten dział pracy świadczą takie, wcale nieodosobnione sytuacje, że powiatowy ośrodek zdrowia jest zaopatrzony w aparat Roentgena, a szpital jest go pozbawiony. Dyrektor szpitala zabiega dopiero u kierownika ośrodka, aby dopuścił chorych szpitalnych do badań radiologicznych. Dowodzi to niewłaściwego stopniowania zadań leczniczych. Nie zawsze też korzysta się celowo z pracy nielicznych radiologów, bo nie stara się ich pozyskać do pracy w sąsiednim szpitalu lub ośrodku. Porównując zaopatrzenie w aparaty rentgenowskie innych placówek leczniczych wydaje się, że szpitalnictwo zostało pod tym względem upośledzone.

Nie można się łudzić, że nawet należycie oceniając te zaniedbania, uda się je wkrótce naprawić i rozwiązać korzystnie dla każdego szpitala. Będzie stał na przeszkodzie brak radiologów i aparatów. Dlatego należałoby pomyśleć o stworzeniu okręgów dla badań radiologicznych. Przydzielone stale do jednego okręgu szpitale wysyłałyby swych chorych do wyznaczonego zakładu radiologicznego, należycie urządzonego i obsadzonego w innym szpitalu. W niektórych miejscowościach można by tę sprawę rozwiązać w porozumieniu z Ubezpieczalnią Społeczną, jeśli posiada lepsze aparaty, niż szpital. Poruszyłem obszerniej to zagadnienie, bo bez należytych badań radiologicznych nie można utrzymać lecznictwa szpitalnego na właściwym poziomie.

Jeszcze trudniejszym zagadnieniem jest leczenie promieniami X. Istniejące w tym zakresie możliwości zarówno na terenie województwa, jak i państwa są ograniczone i pozwalają leczyć tylko te przypadki, w których istotnie można oczekiwać wyleczenia lub przynajmniej poprawy. Nie podobna stosować naświetlań promieniami X dla działania psychicznego na chorych nieuleczalnych. Spotyka się jednak z takimi nie dość rozważnymi wskazaniami lekarskimi, a nie łatwo jest później przekonać chorego i jego rodzinę, że popularne naświetlania są zbędne. Bywa, że ocena co do tych wskazań jest trudna, a nawet wątpliwa, a następnie niewiadomo, kiedy nawet w przypadkach nadających się do leczenia naświetleniami można w publicznych szpitalach wykonać to leczenie. Dlatego wpierw należałoby pisemnie przedstawić dokładnie stan chorego i dopiero po uzyskaniu odpowiedzi zaproponować leczenie promieniami X. To samo odnosiłoby się do leczenia radem.

Niektóre szpitale powiatowe poczyniły postępy w organizowaniu swych pracowni chemicznych, obsadzając je wyszkolonymi laborantkami z krakowskiej dwuletniej szkoły. Daje to większe możliwości w przeprowadzeniu badań pracownianych, na które często lekarze nie mają czasu. Aby stworzyć odpowiednie warunki uposażenia laborantki, łączy się jej zajęcia szpitalne z pracą w ośrodku zdrowia. Jeżeli wszystkie szpitale będą mogły tak urządzić sobie ten dział pracy, to niewątpliwie wpłyną dodatnio na poziom lecznictwa.

Szpital ogólny spełnia sprawnie istotne swe zadania, jeżeli właściwie załatwia przede wszystkim tych chorych, którzy nie mogą lub nie powinni być przewiezieni do innego zakładu. Odnosi się to do chorych zakaźnych, a jeszcze w większym stopniu do nagłych przypadków chirurgicznych i ginekologicznych oraz położniczych. Z dawniejszych doświadczeń, a jeszcze dobitniej podkreślonych w ostatniej wojnie, wynika, że wielu chorych uległych z rozmaitych powodów a często wskutek utraty krwi, ogólnemu wstrząsowi, można ocalić od śmierci, stosując przetaczanie krwi, względnie osocza. Nie wchodząc tutaj w szczegółowe wskazania, zaznaczę, że wielu ordynatorów nie tylko doskonale ocenia znaczenie tych sposobów leczniczych, ale przygotowani są praktycznie do ich zastosowania. W niektórych szpitalach sprawa ta nie jest rozwiązana, bo niema ani należytych przyrządów, ani możliwości zbadania grupy krwi. W tym zakresie P. Z. H. nie pracuje dotąd dość sprawnie, ale surowice do oznaczania grup krwi można też nabywać i w zakładach Bujwida w Krakowie, choć też nie dość regularnie. P. C. K., który objął całość zagadnień związanych z przetaczaniem krwi, nie może rozwiązać tych spraw dla szpitali powiatowych, zwłaszcza w nagłych przypadkach i nie rozdziela dotąd krwi konserwowanej. Poważne więc przeszkody

może stanowić brak funduszów na opłacenie dawcy krwi, jeżeli nie można znaleźć odpowiedniego w rodzinie chorego. Sprawa ta, gdy dotyczy chorych niezamożnych stać się może niekiedy tragiczną, bo są niewątpliwie chorzy, którym można uratować życie tylko przez przetoczenie krwi. Lekarz staje wobec braku odpowiednich środków, a bezradność jego jest tym większa, że koszty przetoczenia krwi sięgają kilku tysięcy. Podobne sytuacje zdarzają się w przypadkach, przywiezionych w głębokim wstrząsie do szpitali po wypadkach komunikacyjnych, kiedy nieraz ranny nie ma w pobliżu rodziny, ani nie posiada przy sobie odpowiednich funduszów. Sądzę, że jedynym rozwiązaniem tej bardzo doniosłej sprawy jest wstawienie większych kwot w budżetach szpitalnych, przeznaczonych z góry na te ważne zajścia. W innych znowu szpitalach niema należytego zrozumienia i doświadczenia co do zastosowania sproszkowanego osocza (plazmy) krwi, które winno być przygotowane w zapasie wszędzie, a zwłaszcza tam, gdzie jest utrudnione bezpośrednie przetaczanie krwi. Osocze wyrabia się już w Instytucie dla przetaczania krwi w Łodzi. Uważam, że nieodzowne, aby każdy szpital był zaopatrzony stale co najmniej w 10 ćwierćlitrowych porcyj osocza.

Zaopatrzenie w leki jest dostateczne, choć czasem wybór odpowiedniego leku jest utrudniony. Nieregularne i skromne są przydziały penicyliny. Nabycie jej w wolnym handlu w niektórych miejscowościach jest niemożliwe, często niepewne pod względem skuteczności leku i nieraz niedostępne dla uboższej ludności. Niektóre Ubezpieczalnie i oddziały P. C. K. ułatwiają w tym względzie trudne zadania szpitalom. Większą korzyść odnosiliby chorzy, gdyby P. C. K. bezpośrednio hojniej zaopatrywał szpitale, a zmniejszył wydawanie penicyliny dla chorych pozostających w domowym leczeniu. Równocześnie jednak stwierdziłem, że w niektórych szpitalach wskazania do leczenia penicyliną nie są ujęte ściśle, na podstawie ustalonych doświadczeń, lecz że stosuje się ją w przypadkach, gdzie leczenie to jest zbędne. Sądzę, też, że przydziałową penicylinę można używać tylko u tych ciężkich chorych, u których inne leczenie nie może dać pożądanych wyników. Szersze, ale uzasadnione wskazania można stosować w tych przypadkach, kiedy chory sam postara się o penicylinę.

Na ogół sprawa odżywienia chorych jest postawiona na właściwym poziomie, a nawet ambicje niektórych zakładów są dość wygórowane w tym kierunku. Niewłaściwie byłoby mówić o przekarmieniu, ale też zbytnie podkreślenie wyników na tym polu nie powinno przesłaniać innych zadań szpitala ogólnego.

Osiągnięcie właściwego poziomu lecznictwa jest w dużej mierze zależne od obsady szpitalnej. Pracuje ona jako całość i wszyscy przyczyniają się do wspólnych osiągnięć. Obsada pielęgniarska, zwykle siostry zakonne, jest wystarczająca i posiada należyte kwalifikacje. Obsada pomocnicza jest dostateczna. Najbardziej odpowiedzialne zadania ponoszą jednak lekarze. Wyjątkowo tylko zdarza się, że w szpitalach obsadzone są wszystkie stanowiska lekarskie. Należy przy tym wspomnieć, że wyznaczone obecnie przez Ministerstwo Zdrowia etaty lekarskie są korzystniejsze dla szpitali, niż to obowiązywało przed wojną na terenie naszego województwa. Z braku lekarzy wynikają też niektóre niedociągnięcia w lecznictwie. O radiologach już wspomniałem. Ale wyjątkowo w niektórych zakładach zorganizowano pracę szpitalną w ten sposób, że oparto ją na jednym lekarzu. Zakład, który mieni się szpitalem ogólnym, powołany jest do spełniania wielu zadań i jest wyłączone, aby mógł im podołać jeden lekarz. Nie stanie nikomu ani wiedzy, ani zapału, aby sprostać tym obowiązkom Ograniczać można je tylko w pewnym stopniu, bo ludność jest na ogół obeznana z zadaniem szpitala i nie wolno obniżać tych wymagań, a tym więcej naruszać zaufania do lecznictwa szpitalnego. W takich miejscowościach, które nie mają odpowiednich pomieszczeń dla szpitala i gdzie narazie nie można osiedlić większej ilości lekarzy, należy raczej zorganizować pogotowia chirurgiczno-położnicze. Udzielą one pomocy w niektórych nagłych przypadkach lub okolicznościach, uniemożliwiających transport chorego. Pogotowia te będą zapewne zaczątkiem nowych szpitali, należycie w przyszłości pomieszczonych i pod każdym względem wyposażonych.

Z braku lekarzy wynika też, że często nawet w większych szpitalach dyrektor łączy czynności ordynatora we wszystkich oddziałach, a asystenci spełniają tylko zlecone im czynności. Jakkolwiek uprawnienia dyrektora obejmują nadzór nad lecznictwem całego zakładu, to przecież jest niemożliwe w obecnym stanie wiedzy lekarskiej, aby stał na należytym poziomie we wszystkich działach medycyny. Zapewne, najwięcej jest uzasadnione, gdy chirurg łączy swą działalność z ginekologią i położnictwem, chociaż pożądane byłoby pozyskać osobnego położnika dla każdego powiatu. Inne oddziały możnaby narazie, nim znajdą się odpowiedni kandydaci, obsadzić starszymi lekarzami, pracującymi w mieście w charakterze konsultantów, na 2—3 godzin zajętych w szpitalu. Może bowiem zdarzyć się, że w niektórych miejscowościach ośrodek zdrowia wkrótce będzie zatrudniać więcej specjalistów, niż szpital. Za mało jest dążności, aby w szpitalu skupiało się życie lekarskie powiatu, do czego mogłyby się przyczynić naukowe zebrania, oparte także o lekarskie osiągnięcia szpitala. Bywa nawet, że lekarze w powiecie nie są zaznajomieni z możliwościami leczniczymi własnego szpitala i niepotrzebnie odsyłają chorych do Krakowa.

Jeżeli nie stworzy się warunków, aby lekarze uzupełniali swą wiedzę i zaznajamiali się z postępem nauki, to praca szpitalna nie stanie na odpowiednim poziomie. Wielu starszych lekarzy straciło swe księgozbiory, a obecnie tylko niektórzy lekarze są na tyle zasobni, aby stale nabywali książki. Nie kładzie się dostatecznego nacisku na tworzenie bibliotek szpitalnych. Odpowiednie zaopatrzenie w tym względzie jest równie nieodzowne, jak nabycie narzędzi. Sądzę, że budżety szpitalne winny być obecnie obciążone wydatkiem na

książki i pisma w wysokości około 100.000 zł rocznie.

Innym skutecznym sposobem dokształcania lekarzy byłyby, w miarę możliwości uzyskania zastępców, urlopy naukowe co drugi rok na okres 3 tygodni. Ordynatorzy spędzaliby je w większych ośrodkach lekarskich, aby naocznie zapoznać się ze stosowanymi tam metodami leczniczymi. Nie rozwiązano też dotąd sprawy dokształcających kursów specjalistycznych w miastach uniwersyteckich, w których poruszanoby nowsze zdobycze naukowe, co byłoby z korzyścią także dla asystentów szpitalnych.

Wobec braku lekarzy zatrudnia się tu i ówdzie absolwentów medycyny i porucza się im obowiązki asystentów. Rozwiązanie to jest czasem jedynym wyjściem z ciężkiego położenia i może być pożyteczne, jeżeli absolwenci zostaną na należytym poziomie wprowadzeni w bieg pracy, a nie pozostawieni swoim domysłom, jak ona winna wyglądać. Ordynator zatrudniając absolwentów lub studentów medycyny przyjmuje na siebie obowiązki wychowawcze, bo wrażenie, jakie odnoszą z ich zwykle pierwszego zetknięcia się z pracą szpitalną, wpływa na ukształtowanie pojęć o zadaniach, obowiązkach i etyce lekarskiej.

Liczne zajęcia lekarskie, a czasem lekceważenie pisaniny przyczyniają się często do zaniedbań w opracowaniu historyj chorób. Jest zrozumiałe, że nie mogą mieć one rozmiarów wypracowań klinicznych, ale winny zawierać krótkie przedstawienie objawów, przebiegu choroby, oraz opisu zabiegu operacyjnego. Niektóre szpitale może z oszczędności ograniczają tak dalece format historii choroby, że z góry zastrzegają jej ubogą zawartość. A przecież historie chorób są nie tylko ustawowo ważnym dokumentem, ale nieraz wskazówką dla dalszego leczenia chorego i podstawą do zebrania własnego lekarskiego doświadczenia, nie mówiąc już, że stanowią jedyną możliwość do naukowych opracowań, które przecież nie powinny być wyłączone z zakresu działalności szpitalnej.

Właściwy poziom lecznictwa, więc wyleczenie przyjętych chorych, nie zawsze jest jednoznaczny z należytą wydajnością pracy szpitala. Zależy ona głównie od przypływu chorych i ciężkości leczonych przypadków. Sprawa szybkiego wyleczenia chorych jest wnikliwie studiowana zwłaszcza przez Ubezpieczenia społeczne, które zdążają do zmniejszenia kosztów szpitalnych. Sądzę, że zbyt wczesne zwolnienie chorego, który później długo musi doleczać się ambulatoryjnie, jest kosztowniejsze wskutek przedłużającej się niezdolności do pracy, niż nieco dłuższe leczenie szpitalne. Takimi zasadami, w porozumieniu z Ubezpieczalnią Społeczną, mogą się kierować tylko te szpitale, które nie są nadmiernie przepełnione lub zakłady, podlegające bezpośrednio władzom Ubezpieczalni.

Uzupełnieniem leczenia szpitalnego musi być niekiedy w zakresie chirurgii leczenie ambulatoryjne, bo chorzy zwolnieni na przykład z jeszcze ropiejącymi ranami, nie mają często możliwości dalszego, skutecznego leczenia. Wysiłki, aby tworzyć przychodnie chirurgiczne w ośrodkach zdrowia są złudne, bo nawet niema dość chirurgów, aby obsłużyli lepiej już zorganizowane przychodnie ubezpieczalniane. Wreszcie ośrodki w tym względzie dałyby w końcu tylko gorszą pomoc ludności, niż przychodnie szpitalne.

Jeżeli czasem zmierza się, aby do szpitala przyjmować lżejsze przypadki, to praca szpitalna jest pod każdym względem ułatwiona. Stąd też nie zawsze można w samych liczbach porównać wysiłki i wyniki pracy każdego szpitala. Względy, jakimi się kierują ordynatorzy w przyjęciu chorych mogą być rozmaite. W tej mierze brak niektórych urządzeń skłania ich do przesyłania cięższych przypadków do większych zakładów. I tylko parę szpitali powiatowych w naszym województwie może w całej pełni spełniać swe zadania, inne są z rozmaitych względów ograniczone w swych leczniczych możliwościach. W niektórych szpitalach ledwie spotyka się złamania kości, gruźlicę kości i stawów, mało nagłych przypadków brzusznych Porównując ilość takich chorych leczonych w innych zakładach należy wnosić, że tych chorych nie brakuje w okręgu działalności danego szpitala a tylko nie dotarli oni do terenowego szpitala. Może to wynikać z braku uświadomienia lub przekonania ludności o skuteczności pomocy szpitalnej, albo też z niemożności pokrycia kosztów szpitalnych. Chorzy ubezpieczeni znajdują się pod tym względem w lepszym położeniu, od nieubezpieczonej ludności zwłaszcza wiejskiej. Wydajność pracy zakładów leczniczych zależy też od ilości i nastawienia lekarzy odnośnego terenu, kierujących chorych do szpitala, a następnie od takiej wysokości opłat szpitalnych, któreby nie czyniły szpitala niedostępnym dla niezamożnej ludności. Dopiero w takich okolicznościach można będzie należycie wyzyskać istniejące łóżka szpitalne i dążyć do ich zwiększenia.

Dr WŁ. BRODOWSKI

Podniesienie poziomu lecznictwa w szpitalach ogólnych województwa krakowskiego

(Koreferat)

W żadnej innej dziedzinie niema tyle realnych i pozytywnych osiągnięć, co w dziedzinie szpitalnictwa. Ale na szpitalnictwo naszego województwa trzeba spojrzeć z dwóch stron: od strony tego, co zostało dokonane i od strony tego, co należy jeszcze wykonać. Więc jeżeli spojrzymy na nasze szpitalnictwo od strony tego, co powinno być, to sprawa ta przedstawia się znacznie gorzej. Doc. Nowicki przedstawił w swoim referacie realny i bardzo wnikliwy obraz stanu i potrzeb naszego lecznictwa szpitalnego, ale od strony niejako pokazowej, najlepszej, od strony chirurgicznej, bo u nas ta chirurgia pomimo wielkich jeszcze braków idzie w szeregu szpitali zupełnie nieźle. Nieporównanie gorzej przedstawia się stan naszego szpitalnictwa od strony pozostałych oddziałów, a przede wszystkim oddziałów wewnętrznych i pediatrycznych. O oddziałach pediatrycznych można powiedzieć, że poza paroma wyjątkami właściwie ich niema.

O stanie oddziałów internistycznych powiedzą lustracje, które będą przeprowadzone przez internistów. Można z góry jednak powiedzieć, że w znacznej części naszych szpitali prawidłowo postawionych oddziałów internistycznych również niema. Są chorzy internistyczni leczeni przez lekarzy, którzy nie są chirurgami. Internistę zastępuje rentgen, zresztą jak słyszeliśmy z odczytu Doc. Nowickiego sprawa ta również nie przedstawia się najlepiej. W jednym ze szpitali internistę zastępuje młody lekarz, który oczywiście nie jest internistą, a chciałby zostać chirurgiem. W drugim kierowniczka pracowni analistycznej przychodzi na 3 godziny przedpołudniowe, a chorzy tymczasem bez śniadania czekają, to jeszcze mniejsza, ale o jeden dzień spóźnia się rozpoznanie i na skutek tego badania spóźnia się leczenie. Dzień leczenia kosztuje 400 zł. Ile takich dni w ciągu miesiąca? Jaka strata? Ale władze szpitalne przyznały analityczce tylko 2.000 miesięcznie pensji i... szpital zarabia.

Nasuwa się pytanie, jak przedstawia się nasze lecznictwo ambulatoryjne w Ubezpieczalniach, ośrodkach zdrowia i innych? Czy możliwe jest prowadzenie lecznictwa ambulatoryjnego, skoro nie ma się możności przekontrolować i przebadać cięższej chorego, bądź trudniejszego diagnostycznie w warunkach dobrej szpitalnej obserwacji. Nie mówiąc już o rzadkich niezwykłych przypadkach, ale zwykłe leczenie chorych z cierpieniami przewlekłymi przewodu pokarmowego bez dokładnego przekontrolowania diagnozy i terapii dobrze iść nie może, a nie sposób każdego poważniejszego chorego przesyłać do szpitali krakowskich. Widziałem wielu chorych operowanych na wrzody żołądka, ale nie miałem pewności, że wykonane to było należycie, bo nie byłem przekonany, że diagnoza była dobrze postawiona.

Jeżeli spojrzeć teraz na nasze szpitale od strony budżetów, należy stwierdzić, że nowoczesna maszyna szpitalna nie ujawnia się dotychczas od strony budżetów. Wydatki na żywienie chorych w naszych szpitalach samorządowych za pierwsze trzy kwartały 1947 r. wyniosły 47.566.000 zł. to jest 35% ogółu wydatków. Państwowy Szpital św. Łazarza 43,619.000. — tj. 38% ogólnych wydatków. Nie znaczy to bynajmniej, żeby wyżywienie było za dobre, tylko znaczy, że postawienie lecznictwa jest niedostateczne, bo 35% wydatków na żywienie chorych zbliża pod względem budżetowym szpitale raczej do zakładu opiekuńczego. Wyodrębniają się pod tym względem szpitale Ubezpieczalni Społecznej, które na wyżywienie chorych wykazały 17% ogółu wydatków, co zbliża się do obliczeń Dr Bujańskiego, wedle których szpitale przedwojenne zużywały 18% ogólnych wydatków na żywienie chorych. W dziale wydatków na leczenie chorych w budżetach większości szpitali znajdujemy ogromne pozycje na organizację szpitala, tj. bieliznę, mydło, koszty pogrzebowe itp. a niewielkie pozycje na leki. Nie znaczy to, że na bieliznę, mydło, deski na trumny wydaje się za dużo, tylko znaczy, że np. na aparaty rentgenowskie, urządzenie szpitala, lekarstwa, zjazdy lekarzy itp. wydawało się za mało.

Reasumując trzeba sobie powiedzieć, prosto i szczerze, że lecznictwo nasze po latach strasznej wojny na odcinku szpitalnictwa stoi na poziomie z r. 1939. Stoi jeszcze na jakim takim poziomie nasza technika operacyjna, a poza tym jesteśmy mało twórczymi konsumentami obcej myśli twórczej. Jeżeli obraz pracy w lecznictwie szpitalnym przedstawimy jako w dół idącą progresję arytmetyczną, to stopień obniżenia lecznictwa otwartego, ambulatoryjnego wyraziłby się idącą w dół linią progresji geometrycznej. Zrozumiałe są ciężkie warunki, w jakich pracujemy, ale możnaby powiedzieć, że za mało się o obniżeniu polskiej pracy szpitalnej i konsekwencjach tego obniżenia myśli i że skłonni jesteśmy to obniżenie traktować jako niezależny od nas dopust Boży, do walki z którym nie jesteśmy obowiązani.

Stajemy oto przed koniecznością podniesienia poziomu naszych prac szpitalnych i koniecznością jak największych wysiłków skierowanych ku zmianie postawy wygodniejszej — konsumpcyjnej na postawę trudniejszą — twórczą. Sprawa ta jest ważna i dotyczy całego lecznictwa. Wysiłki skierowane ku wypełnieniu tego zadania winny być rozdzielone pomiędzy wszystkie czynniki odpowiedzialne za lecznictwo. A więc w pierwszej linii ciężar tych wysiłków winien spaść na lekarzy szpitalnych, z dyrektorami na czele, którzy ze szpitali naszych powinni uczynić ośrodki pracy lekarskiej i naukowo-lekarskiej. Spada ten ciężar na wojewódzkie wydziały samorządowe, Woj. Wydział Zdrowia, aby zrobić wszystkie wysiłki do uzupełnienia kadr lekarzy w szpitalach. Ten obowiązek spada i na Ministerstwo Zdrowia, od którego oczekujemy uporządkowania sprawy kształcenia specjalistów, tak abyśmy chociaż za kilka lat mieli zapewniony dopływ specjalistów do naszych szpitali. Od Ministerstwa oczekujemy także dalszej pomocy na rozbudowę i zaopatrzenie szpitali w sprzęt i aparaty rentgenowskie. A w końcu całe społeczeństwo powinno zrozumieć, że prawidłowa praca szpitalna wymaga odpowiednich środków materialnych i że te środki materialne są małą wielkością w stosunku do blisko 80.000 armii chorych, która się przez szpitale naszego województwa corocznie przesuwa, do której to armii każdy obywatel województwa, każdy z nas może być powołany i każdego z nas najdrożsi i najbliżsi.

Mówiąc językiem praktycznym stoją przed naszym szpitalnictwem dwa zadania: pierwsze z nich, łatwiejsze: to uposażenie, a więc budynki urządzenia, rentgeny itp., drugie trudniejsze: to człowiek. Brak jest przeszkolonych sił lekarskich a więc, aby te siły pomnożyć należy: 1) podjąć jak najśpieszniej akcję przeszkolenia lekarzy szpitalnych; wszyscy lekarze pracujący w szpitalu winni mieć możność wyjazdów dla celów naukowych do najlepiej postawionych oddziałów swej specjalności. Wojewódzki Wydział Zdrowia weźmie na siebie obowiązek ułatwienia tych prac, a życzliwość, jaką się widzi u czynników samorządowych pozwala przypuszczać, że budżety szpitalne będą przygotowane do wydatków z przeszkoleniami związanych. 2) Wszyscy lekarze szpitalni winni

uzyskać pomoc i ułatwienia w zbiorowych pracach lekarskich, w posiedzeniach naukowych i pracach naukowych lekarskich. 3) Aby podnieść poziom specjalistów w szpitalach należy zorganizować fachowe sądy konkursowe. 4) Należy przestroić budżety szpitalne tak, aby zwiększyć wydatki na podniesienie poziomu pracy lekarskiej kosztem wydatków pozostałych.

Ciągle mówimy o zadaniu szpitalnictwa na przyszłość, w dziedzinie uzyskania dobrych specjalistów. Ciągle chodzi o człowieka, o lekarza — no tak, ale ten człowiek pracujący ciężko musi żyć. Musi mieć przede wszystkim mieszkanie. Moim zdaniem zapewnienie mieszkania dla lekarza powinno wchodzić do obowiązków szpitala w stosunku do ordynatora lub innego specjalisty.

Wszystko to są wytyczne prac, któreby można wykonać na odcinku krótkoterminowym roku 1948 i najbliższych lat i w ten sposób złagodzić brak sił lekarskich w terenie.

Jeżeli chodzi o wytyczne prac długoterminowych w kierunku zapewnienia specjalistów dla szpitali Województwa Krakowskiego, to niektóre z nich przekraczają kompetencje wojewódzkie, niektóre mogłyby być rozwiązane na miejscu. Przekracza kompetencje wprowadzenia tzw. ordynatur tytularnych względnie innego systemu, któryby pobudził młodych lekarzy do pracy i wydzielił ze stanu lekarskiego osobną warstwę wysoko kwalifikowanych specjalistów i oddał im prawo do samodzielnego prowadzenia oddziałów szpitalnych.

Gdyby ta sprawa została rozwiązana przez władze centralne, łatwiej byłoby już wojewódzkim wydziałom samorządowym zapewnić sobie lekarzy, choćby w drodze stypendiów, oddawanych latami pracy szpitalnej.

Mgr WŁADYSŁAW OLEKSY
Administrator Szpitala Powszechnego
w Nowym Sączu

Usprawnienie gospodarki w szpitalach publicznych

A. Podstawy prawne.

Fundamentem, na którym opiera się działalność szpitala, są jego podstawy prawne. Przepisy prawne, odnoszące się do szpitali, zawarte są w „Polskim Prawie Sanitarnym" T. I, 1 str. 206 do 327. Nie będę ich wyliczał, bo przypuszczam, że wydawnictwo to znajduje się w kancelarii każdego szpitala, gdyż nie wybrażam sobie należytego prowadzenia szpitala bez gruntownej znajomości wspomnianych przepisów prawnych przez dyrektora i intendenta szpitala.

Inaczej jest to błądzenie po omacku, wytwarzające zgrzyty i tarcia na zewnątrz, które bardzo często uniemożliwia należytą obronę interesów szpitala, prowadzi do niewykorzystania jego uprawnień, a jednocześnie obniża powagę i prestiż kierownictwa szpitala. Na dokładne zaznajomienie się z tymi przepisami czas znaleźć się musi tak, jak musi się znaleźć czas na studia lekarskie czy naukę pielęgniarską.

Mamy w Polsce wielu nowych dyrektorów szpitali, młody także jest personel intendencki. Bardzo wskazanym i pożądanym byłoby, by Ministerstwo Zdrowia wzgl. Lek. Inst. Nauk. Wyd. wydało w specjalnej broszurce wymienione na wstępie przepisy prawne, zaopatrzone odpowiednimi komentarzami i interpretacją, oraz obejmujące praktyczne wskazówki.

B. Szpitale nie mogą być samowystarczalne.

Z istoty, celu i zakresu działania szpitali wynika, że są one instytucjami o charakterze wyższej użyteczności publicznej. Już ta okoliczność stanowi dostateczną podstawę do stwierdzenia, że szpitale nie mogą być samowystarczalne pod względem finansowym, albowiem w interesie publicznym leży, by stan zdrowotny wszystkich obywateli stał na maksymalnym poziomie, by szpitale realizowały praktycznie zasadę powszechnego leczenia, by były one dostępne dla wszystkich obywateli.

Na stanowisku, że szpitale nie mogą być samowystarczalne, stanął także polski ustawodawca, który wyraził zasadę, że szpitale[1]) są prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków" oraz, że[2]) „zakłady lecznicze, prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków, są szpitalami bez względu na to, czy utrzymuje je państwo, związki komunalne, międzykomunalne, fundacje, zakony, kongregacje, stowarzyszenia i inne osoby prawne lub fizyczne, oraz bez względu na przyjętą nazwę tego zakładu leczniczego". Tenże ustawodawca podkreślił wyraźnie (art. 3), że istotną cechą odróżniającą szpitale od lecznic, jest zarobkowy charakter tych drugich. W okólniku z roku 1929, zawierającym wytyczne w sprawie układania statutów szpitali publicznych, podaje Min. Spraw Wewn., że[3]) „Szpital jako instytucja o wybitnym społecznym charakterze, nie może być uważany w pełnej mierze za instytucję samowystarczalną, jak, na przykład przedsiębiorstwa gminne lub zakłady użyteczności publicznej, posiadające charakter przedsiębiorstwa".

Uznając w pełni zasadę, że szpitale nie mogą być samowystarczalne, już przed wojną przyjęto w niektórych państwach zasadę[4]), że wydatki szpitala powinny być pokrywane z własnych źródeł dochodowych tylko w wysokości 75%. a 25% tych wydatków pokrywa się ze źródeł dochodo-

---

[1]) Art. 3 pkt a, Rozp. Prez. Rzecz z dnia 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych (Wz. U. R. P. Nr 38/28).

[2]) § 3 Rozp. M. S. W. z dnia 14. II. 1931 o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 29/31).

[3]) „Przegląd Szpitalnictwa" Nr 3—4/38, str. 94.

[4]) „Przegląd Szpitalnictwa" Nr 3—4/38, str. 94.

wych, pochodzących z zewnątrz. Zważywszy, że sieć szpitali w Polsce jest obecnie mniejsza, a społeczeństwo polskie znacznie uboższe wskutek kolosalnych zniszczeń wojennych, należałoby przyjąć zasadę, że co najmniej 35—40% normalnych wydatków szpitalnych pokrywa się z dochodów, osiąganych z zewnątrz tj. z dotacyj państwowych i samorządowych. Według dotychczasowych wytycznych ma samorząd pokrywać 10—15% budżetu szpitala. Nie będzie więc dla Państwa nadmiernym ciężarem pokrycie dalszych 25—30% tego budżetu.

C. B u d ż e t s z p i t a l a.

I. U w a g i o g ó l n e. Zanim przystąpię do omówienia formalnej i materialnej strony tej sprawy, koniecznym jest zwrócenie uwagi na kilka okoliczności specyficznych i charakterystycznych dla zakładów leczniczych, których niestety nie rozumieją i niedoceniają laicy, nieobeznani z życiem szpitala, co odbija się bardzo niekorzystnie przy ocenie ze strony tych czynników pracy personelu szpitalnego.

Życie wewnętrzne szpitala, to cały szereg kółek i kółeczek wzajemnie się zazębiających, tworzących niepodzielną całość. Szpital jest zakładem zamkniętym, chorzy muszą być leczeni, żywieni i pielęgnowani, szpital musi mieć opał, światło i w należytym stanie wszystkie urządzenia, potrzebne do jego normalnego funkcjonowania. Cały personel musi o tym pamiętać i wytężać wszystkie swoje siły, by sprostać tym ciężkim zadaniom. Np. urząd czy szkołę można zamknąć dla braku opału. Ze szpitalem tego nie da się uczynić, bo nie można chorych wyrzucić na ulicę. W biurach akta mogą się „odleżeć dla nabrania większej mocy urzędowej", w szpitalu wszystko musi być załatwione bieżąco, poprostu systemem kupieckim wzgl. handlowym. Wszystkie te okoliczności muszą być brane pod uwagę przy układaniu budżetu szpitalnego.

Podstawy finansowe urzędów i instytucji państwowych są zagwarantowane budżetem państwowym. Urząd Skarbowy otwiera miesięcznie czy kwartalnie kredyty, trzeba tylko dopełnić pewnych formalności, by podjąć gotówkę w kasie skarbowej, potrzebną na opędzenie wydatków Wręcz inaczej jest w szpitalu, którego źródła dochodowe tak często zawodzą, a nieraz w ogóle zanikają. Tu trzeba, mówiąc prozaicznie „dobrze kręcić głową, by wiązać koniec z końcem". Toteż przy wydatkowaniu pieniędzy szpitalnych musi dominować dewiza „pamiętaj rozchodzie żyć z przychodem w zgodzie".

Dlatego wydaje mi się rzeczą słuszną i uzasadnioną, by, w oparciu o przytoczone uwagi, przy układaniu budżetu szpitala brać najpierw pod uwagę wydatki i to w takiej wysokości, by szpital nie był przytułkiem, lecz zakładem leczniczym, postawionym na odpowiednim poziomie, jak tego wymaga od niego sam ustawodawca. Do tych wydatków należy przykroić dochody i uczynić wszystko, by się one znalazły.

II. F o r m a l n a s t r o n a b u d ż e t u. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych okólnikiem z r. 1931[5]) podało wzór podziału wydatków i dochodów szpitala komunalnego. Należy z tym wzorem zaznajomić się dokładnie i według niego opracować budżet szpitala, na nim oprzeć i do niego dostosować buchalterię szpitalną. Ma to także bardzo duże znaczenie statystyczne, które (roczne arkusze sprawozdawcze) opiera się na takim, a nie innym schemacie budżetu. Szpital. który nie posiada prawidłowo ułożonego budżetu i dostosowanej do niego buchalterii, nie jest w stanie wypełnić należycie i zgodnie ze stanem faktycznym rocznego arkusza sprawozdawczego. W wyniku tego powstaje błędny obraz szpitalnictwa w skali ogólnokrajowej, ogólnopolskiej. Pamiętajmy o tym, że formalnie ułożony budżet potrzebny jest nie tylko „pro domo sua", lecz także dla celów statystycznych i sprawozdawczych, że ułatwiamy sobie pracę, a równocześnie podajemy prawdę materialną w sprawozdaniu rocznym.

III. M a t e r i a l n a s t r o n a b u d ż e t u. 1) R e a l n y b u d ż e t. W uwagach wstępnych do budżetu podkreśliłem specyficzny charakter życia szpitalnego, z których wynika również konieczność stosowania odmiennych zasad budżetowych szpitala.

Przeanalizowawszy dokładnie wydatki z poprzedniego roku i potrzeby szpitala w roku następnym, przy uwzględnieniu ewent. zmian czy wahań w ogólnym życiu gospodarczym, możemy ustalić wydatki szpitala na takim poziomie, by mógł on spełniać należycie i bez zarzutu ciążące na nim zadania. Nie można przy tym kierować się względami oszczędnościowymi, ani stosować drakońskich cięć, gdyż doprowadzi się do tego, że szpital przy takich wydatkach przekroczy granicę zakładu leczniczego i stanie się przytułkiem. Po ustaleniu wysokości wydatków przystępujemy do szukania źródeł dochodowych szpitala, biorąc pod uwagę dochody własne i dochody z zewnątrz. Tu także dużą pomocą będzie budżet z roku poprzedniego. Równocześnie ustala się wysokość opłat za leczenie i należy na czas wystąpić z odpowiednim wnioskiem do kompetentnych władz. Aby nie wprowadzać się w błąd przy ustalaniu dochodów, radzę wszystkich dłużników prowadzić poza bilansem — co nie zwalnia szpitala od energicznego ściągania tych zaległości — zapisując do dochodów li tylko gotówkowe wpłaty, przez co bilans staje się pewną, realną i solidną podstawą przy układaniu budżetu.

R e a l n y b u d ż e t j e s t n i e o c e n i o n y m r e g u l a t o r e m i h a m u l c e m w y d a t k ó w s z p i t a l n y c h, m u s i o n b y ć ś c i ś l e b r a n y p o d u w a g ę p r z y w s z e l k i c h p o c i ą g n i ę c i a c h f i n a n s o w y c h s z p i t a l a.

IV. W y d a t k i s z p i t a l a. Nie znalazłem niestety pełnych danych procentowych wydatków szpitalnych w Polsce, by posłużyć się nimi jako wskaźnikiem przy ustalaniu wydatków szpitala.

[5]) „Polskie Prawo Sanitarne" T. I. 1 str. 250 do 261.

Dr Jerzy Bujalski podaje następujący, lecz nie kompletny, przeciętny stosunek procentowy wydatków szpitali w Polsce w latach 1934/35.[6])

a) wydatki osobowe	36.13%
b) żywienie chorych	18.27%
c) leczenie	7.08%
d) utrzymanie budynków	12.61%

Nie będę omawiał poszczególnych pozycyj budżetowych wydatków szpitalnych, gdyż kolejność ich ustala prawo budżetowe, o którym już była mowa. Natomiast pragnę zwrócić uwagę na pewne grupy wydatków szpitalnych i ustosunkowanie się przy ustalaniu ich wysokości.

1) Wydatki personalne, a) personel fachowy. Wytyczne w zakresie fachowego personelu szpitalnego (lekarzy, położnych, pielęgniarek, personelu pomocniczego), jak również w zakresie ich uposażenia podało niedawno Ministerstwo, ustalając procentowy stosunek tego personelu do liczby łóżek w szpitalu, który to procent nie może być przekroczony. Z wytycznymi tymi należy się zaznajomić jak najdokładniej i przestrzegać ich ściśle w praktyce.

Faktem jest, że nowa podwyżka płac personelu fachowego, słuszna i uzasadniona, wprowadziła duży zamęt w gospodarce finansowej szpitali. Była ona jednak konieczną i nieodzowną. Dlatego Ministerstwo Zdrowia, uznając ten stan rzeczy, przyszło szpitalom z pomocą finansową, wpłacając im do końca 1947 r. w formie dotacyj różnicę pomiędzy dawnym a obecnym uposażeniem. Z uwagi na to, że rok 1948 będzie jeszcze okresem przejściowym w finansowym rozwiązaniu tego problemu, wydaje się koniecznością, by i w tym roku Ministerstwo Zdrowia przyszło z pomocą finansową szpitalom na ten cel.

b) Siostry zakonne. W literaturze i prasie fachowej, dotyczącej szpitalnictwa, jaka ukazała się przed wojną, podkreśla się dodatnie efekty pracy sióstr zakonnych, pełniących w szpitalach funkcje pielęgniarskie i administracyjno-gospodarcze.

Jeśli chodzi o zakonnice-pielęgniarki (o pełnych i niepełnych kwalifikacjach) to wprowadzona ostatnio podwyżka uposażenia nie odnosi się do nich. Ministerstwo Zdrowia pismem Nr Org. I. 5154/47 z dnia 21. X. 1947 r., w pkt. 9 następująco wyjaśniło tę sprawę:

„Siostry zakonne, zatrudnione w instytucjach lecznictwa, otrzymują te same wynagrodzenia, co personel świecki, jeżeli posiadają odpowiednie kwalifikacje (A. III) i umowy indywidualne.

Istotą i celem reguły zakonnej tych zakonów które poświęcają się pielęgnowaniu chorych, jest praca w Szpitalu na warunkach, umożliwiających im egzystencję życiową. Dlatego jedynie i wyłącznie drogą umów zbiorowych, zawieranych między danym szpitalem, a odnośnym zgromadzeniem zakonnym, reguluje się warunki, o których wyżej mowa. Pomiędzy siostrą zakonną indywidualnie a szpitalem nie zachodzi stosunek najmu usług. Tak też wyjaśniło sprawę Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej pismem okólnym Nr 318/VII z dnia 31. VII. 1921 r i Ministerstwo Zdrowia Publicznego pismem Nr Z. 28576/21 z dnia 15. X. 1921 r. w związku z cho-

6993

robowym ubezpieczeniem sióstr zakonnych, stwierdzając, że „Siłą roboczą Sióstr Miłosierdzia rozporządzają nie władze zakładów przez nie obsługiwanych lecz Zwierzchność Zgromadzenia, w stosunku do którego Siostry są związane ślubami, a więc stosunku pracy najemnej niema". W wyniku tego siostry zakonne nie podlegają żadnym ubezpieczeniom (chorobowe, emerytalne, wypadkowe, fundusz pracy itd.). Potwierdza to także stan faktyczny, istniejący na terenie naszego województwa. Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia (pismo L. Z. 1c/22/47 z dnia 22. XI. 47) pisze, że „wszystkie szpitale posiadają umowy zbiorowe z poszczególnymi kongregacjami czy zgromadzeniami sióstr, zmiana tych umów może nastąpić tylko zbiorowo, poprzez dane zgromadzenie".

c) Personel niefachowy. Tu niestety nie otrzymaliśmy żadnych wytycznych, poza wskazaniami odnośnie procentowego stosunku do liczby łóżek personelu salowego. Ilość personelu niefachowego trzeba ustalać przy układaniu budżetu według faktycznych potrzeb szpitala.

Do kategorii personelu niefachowego ze stanowiska służby zdrowia zalicza się personel administracyjny i gospodarczy, służbę salową i gospodarczą.

Ideałem pracy, najwyższym poświęceniem, maksymalnym wysiłkiem umysłowym dzierżą ci ludzie wysoko sztandar publicznej służby zdrowia ale ich pracy nie docenia się należycie. Pominięto ich przy ostatniej regulacji płac, nie zaliczono ich do grupy pracowników służby zdrowia, jakkolwiek Okręgowy Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia w Krakowie na pismo naszego szpitala doniósł nam (pismo L. dz. III. 47/H. z dnia 11. II. 1947 r.), że „wszyscy pracownicy szpitalni bez względu na zajmowane stanowisko i zawód winni należeć do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia".

Wnoszę więc gorący i usilny apel do kompetentnych władz, by sprawę uposażenia pracowników niefachowych, zatrudnionych w administracji szpitalnej, uregulowano jak najspieszniej i na tych samych zasadach, co pracowników publicznej służby zdrowia.

2. Wydatki rzeczowe. Do tej grupy wydatków zaliczam wydatki na utrzymanie budynków, oraz pomieszczeń i urządzeń wewnętrznych

Potrzeby szpitali w powyższej grupie wydatków są bardzo rozległe, bądź to wskutek zniszczeń wojennych i normalnego zużycia, bądź też wyni-

6) Str. 100—101 książki „Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934—1935".

kają one z faktu, że wiele szpitali zostało wybudowanych i urządzonych kilkadziesiąt lat temu i wymagają one unowocześnienia. Przy układaniu budżetu zwyczajnego musimy ustalić sobie pewien plan kilkuletni, gwarantujący kolejność wykonania najniezbędniejszych prac i urządzeń. Niektóre muszą być zaraz przeprowadzone, inne można przesunąć na lata następne bez szkody dla sprawnego funkcjonowania szpitala. Oczywiście poważniejsze wydatki z tej grupy, jak remont kapitalny (przebudówki, nowe urządzenia pralni czy kuchni lub kotłowni, windy, sygnalizacji dzwonkowej, sali osesków itp.), nie należą do budżetu zwyczajnego. Na pokrycie tych wydatków musza znaleźć się fundusze pozabudżetowe. Natomiast w ramach budżetu zwyczajnego można zamieścić wiele ulepszeń, które nie pociągają większych sum pieniężnych.

3. Gospodarstwo szpitalne. Ta grupa wydatków w wypadku, gdy w skład majątku wchodzi gospodarstwo rolne, mogące stanowić samodzielną jednostkę gospodarczą, zgodnie z prawem budżetowym, powinna być wyodrębniona z budżetu szpitala i posiadać oddzielny budżet. W przeciwnym razie wydatki na gospodarstwo winny znaleźć pomieszczenie w budżecie szpitala.

Przed wojną podzielone były zdania co do prowadzenia gospodarstwa przez szpitale. Jedni byli za, inni przeciw prowadzeniu gospodarstwa w szpitalu. Tłumaczyć to można po części niskimi cenami produktów rolnych, oraz nieznajomością tej gałęzi pracy ze strony administracji szpitali a przede wszystkim łatwością zorganizowania regularnych dostaw pełnowartościowych środków spożywczych. Wojna jednak wykazała, że te szpitale, które prowadziły gospodarstwa domowe i posiadały jakie takie własne gospodarstwa rolne wyszły obronną ręką z kryzysu ekonomiczno-gospodarskiego.

Obecnie, wobec ciągłych wahań cen, niemożności zorganizowania dostaw wskutek rozdrobnienia gospodarstw rolnych — zwłaszcza na Podhalu spółdzielczość zawiodła na tym odcinku — jest rzeczą konieczną i nieodzowną prowadzenie gospodarstwa przez szpital i to w takich rozmiarach, by szpital posiadał własne warzywa i jarzyny, własne mleko, o ile możności własny tłuszcz i jajka. W naszym górskim i biednym terenie, bardzo ciężko jest zorganizować dostawę dobrego mleka do szpitala. Słuszne więc stanowisko zajęło Ministerstwo Zdrowia w okólniku z dnia 5. VIII. 47 r.[7]) polecając szpitalom wykorzystanie wszystkich możności, celem „znalezienia dodatkowych źródeł dochodowych, na drodze celowego wykorzystania posiadanych środków i urządzeń gospodarczych". Zalecam dokładne przestudiowanie tego okólnika i konsekwentne realizowanie go w życiu praktycznym. Zwracam również uwagę na okólniki Ministerstwa Zdrowia z dnia 9. VI. 47. i z dnia 4. VIII. 47 r.[8]) odnoszące się do korzystania z pojazdów mechanicznych i samochodów.

4. Świadczenia socjalne. Jakkolwiek należą one do wydatków różnych działów budżetu szpitalnego, wymagają jednak oddzielnego omówienia, albowiem stanowią znaczne obciążenie budżetu szpitalnego, a w br. wyniosą 25% wszystkich wydatków personalnych.

W przedwojennej literaturze i prasie fachowej domagano się uporczywie, by personel szpitalny był zwolniony od ubezpieczenia chorobowego. Sprawa ta była także dyskutowana na pierwszym ogólnopolskim zjeździe szpitalnictwa w r. 1938, gdzie wypowiadano się również za zwolnieniem personelu szpitalnego od ubezpieczenia chorobowego, motywując to faktem, że szpitale i tak same leczą swoich pracowników. Należy przeto uczynić wszystko, by personel szpitalny nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Chciałbym w końcu zwrócić uwagę szpitalom samorządowym, że w myśl obowiązujących przepisów prawnych nie mają one obowiązku wpłacania ubezpieczalniom społecznym składek na rzecz Funduszu Pracy, wynoszących 2% od wynagrodzeń brutto. Szpitale, które to uczyniły, mają prawo domagać się pisemnie zwrotu odnośnych kwot, począwszy od 1. IX. 1945 r. Podstawę prawną stanowi art. 1. pkt. b. — i dekretu z dnia 29. IX. 1945 r. (Dz. U. R. P. Nr 43/45, poz. 140).

5. Utrzymanie chorych. Do tej grupy wydatków należy leczenie i utrzymanie chorych, a więc wydatki osobowe na personel fachowy, żywienie chorych, środki lecznicze, dezynfekcyjne materiały opatrunkowe, koszty prowadzenia pracowni, wydatki na pościel, bieliznę, obuwie, bielidło, mydło, pastę do podłóg, miotły, narzędzia, aparaty, przyrządy lekarskie, bibliotekę, czytelnię, pisma, radio itp.

Wymieniona grupa wydatków decyduje o poziomie szpitala i stanowi podstawę jego egzystencji. Dlatego nie można tu stosować restrykcyj, lecz należy przewidzieć w takiej wysokości wydatki, by szpital był prawdziwym zakładem leczniczym. Nie można oszczędzać na żywieniu i leczeniu chorych. Niezbędne lekarstwa chory musi otrzymać i fundusze na to znaleźć się muszą.

6. Równomierne zaspakajanie potrzeb szpitala. Przy zaspakajaniu wszystkich potrzeb szpitala, dążąc do osiągnięcia ich maksymalnego poziomu, należy pilnie baczyć, aby zagwarantować równomierne zaspakajanie tych potrzeb. Nie można dopuścić do tego, aby pewna grupa wydatków dominowała nad innymi, np. wydatki personalne kosztem żywienia lub leczenia albo wydatki na żywność kosztem lekarstw (chorym zapisuje się recepty i lekarstw muszą szukać na mieście). Musi istnieć bezwzględna równowaga i proporcjonalne wydatkowanie sum budżetowych, oraz ścisła kontrola prawidłowego wykonania budżetu. Służą ku temu także dzienne raporty kaso-

---

[7]) „Dziennik Zdrowia" Nr 11—16/47, poz. 55.

[8]) „Dziennik Zdrowia" Nr 11—16/47, poz. 58 i 59.

we, miesięczne zestawienia wykonania budżetu, których wprowadzenie gorąco zalecam. Wtedy unikniemy przykrych niespodzianek i nie będzie narzekań, że nie wszystkie ooddziały szpitalne posiadają to, co jest im konieczne do normalnej pracy. W naszym szpitalu nie napotykamy na żadne trudności z tej strony.

Ważnym jest także, by posiadać w kasie odpowiedni zapas gotówki. Jako minimum uważam co najmniej 15—20% całego budżetu. W ten sposób ma szpital możliwości długofalowego i celowego gospodarowania swoim budżetem. Niezależnie od tego w pewnych okresach roku trzeba zgromadzić większą gotówkę, potrzebną na zaopatrzenie szpitala w opał oraz w artykuły spożywcze na zimę, kupując je wtedy, kiedy są najkorzystniejsze warunki ku temu. Zwracam w końcu uwagę na obowiązek stosowania obrotu bezgotówkowego. — W myśl obowiązujących przepisów prawnych wypłaty gotówkowe w odniesieniu do kontrahentów, obowiązanych do bezgotówkowego obrotu dopuszczalne są jedynie d o k w o t y 20.000 zł. Większe wypłaty należy dokonywać czekami przelewowymi.

V. D o c h o d y s z p i t a l a. Przyjmując tezę, że szpital nie może być samowystarczalny pod względem finansowym, musimy, po ustaleniu preliminarza budżetowego po stronie wydatków na dany okres budżetowy, rozważyć wszystkie realne możliwości uzyskania gotówki na pokrycie tych wydatków. Należy więc przeanalizować gruntownie możliwości uzyskania gotówki z własnych źródeł dochodowych oraz pomocy finansowej z zewnątrz. Jest to bowiem najtrudniejsza i najcięższa praca administracji szpitala, aby zdobyć tyle gotówki, ile jest jej potrzeba na racjonalne zaspokojenie potrzeb szpitala. Toteż wypada nam dłużej zatrzymać się nad tą sprawą, nie tylko pod względem formalnym (w myśl przepisów prawa budżetowego), ale i przede wszystkim pod względem materialnym.

1) D o c h o d y z m a j ą t k u s z p i t a l a i r ó ż n e w ł a s n e . d o c h o d y s z p i t a l a. Wymienia je prawo budżetowe, więc nie będę ich wyliczał. Dochód brutto z tego źródła powinien osiągnąć c o n a j m n i e j 5% o g ó l n e g o d o c h o d u.

2) S u b w e n c j e i d o t a c j e. Chodzi tu o subwencje Skarbu Państwa oraz innych związków publiczno-prawnych, z wyjątkiem związku komunalnego utrzymującego szpital, wzgl. udział tych związków w utrzymaniu szpitala.

a) S u b w e n c j e r z ą d o w e. Zadaniem administracji szpitalnej jest w odpowiednim czasie przed układaniem preliminarzy budżetowych, wystąpić z umotywowanymi podaniami do właściwych związków publiczno-prawnych o wstawienie do ich budżetów odpowiednich sum pieniężnych na dotacje dla szpitala. Pożądanym jest, poza motywami natury ogólnej, wskazać na jakie konkretne cele dotacje te zostaną zużyte. Jeszcze lepiej będzie, gdy sprawy te omówi się ustnie z kompetentnymi czynnikami, kontakty osobiste dają najlepsze rezultaty, bezpośrednio wyjaśnia się wiele rzeczy, usuwa się uprzedzenia do szpitala. Do instytucji publiczno-prawnych, które są zainteresowane w jak najwyższym poziomie szpitala, zaliczam także ubezpieczalnie społeczne, organizacje spółdzielcze itp. Skoro już mamy odpowiednie decyzje odnośnych związków publiczno prawnych, musimy uczynić wszystko, celem wydostania na czas przyznanej gotówki. Nie jest to sprawa łatwa, podchodząc jednak do niej umiejętnie, możemy ją załatwić z pożytkiem dla szpitala. Przy rozwinięciu odpowiedniej akcji, można, moim zdaniem, uzyskać z tego źródła 5% ogólnych dochodów szpitala.

b) S u b w e n c j e p a ń s t w o w e. Uzasadniając fakt, że szpital nie może być samowystarczalnym wysunąłem propozycję, b y c o n a j m n i e j 25—30% w y d a t k ó w s z p i t a l i p o k r y w a ł S k a r b P a ń s t w a, co zresztą w ubiegłym roku miało miejsce.

W należytym funkcjonowaniu szpitali zainteresowane jest nie tylko Ministerstwo Zdrowia, lecz także inne Ministerstwa, których pracownicy leczą się w szpitalach wzgl. w zakres działania których wchodzi popieranie podniesienia stanu zdrowotnego obywateli, jak: Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwo Administracji Publicznej, Ministerstwo Komunikacji, Ministerstwo Rolnictwa i Reform Rolnych i inne. Oczywiście, aby pomoc finansowa dla szpitali ze strony tych Ministerstw była skuteczna, musi się wprowadzić skoordynowaną akcję w tym kierunku, która siłą rzeczy winna spoczywać w rękach Ministerstwa Zdrowia, jako resortu rzeczowo najwięcej kompetentnego. Przy takim ujęciu sprawy pokrycie 25—30% wydatków szpitali jest sprawą realną i możliwą do przeprowadzenia.

Dotychczas główny ciężar finansowania szpitali ponosi Ministerstwo Zdrowia, w formie subwencyj na określone cele, a głównie przez wypłacanie szpitalom znacznych subwencyj na dożywianie chorych. W budżecie państwowym na rok 1947 (Dz. U. R. P. Nr 50/47, poz. 257) znajdowały się znaczne sumy pieniężne, przeznaczone na bezpośrednią pomoc dla szpitali, jak również na inne cele zdrowotne.

3) O p ł a t y z a l e c z e n i e i u t r z y m a n i e c h o r y c h. Przyjmując, że związek samorządowy, utrzymujący szpital, pokrywa 10—15% jego budżetowych wydatków (o czym mowa w następnym punkcie), mamy już po stronie dochodów szpitala w 50% zrównoważony budżet. Zatem pokrycie drugich 50% wydatków musi się znaleźć w dochodach z opłat za leczenie chorych. Wysokość tych opłat ustalamy, uwzględniając szereg momentów natury socjalno-społecznej i ekonomiczno-gospodarczej, kształtujących się różnorodnie w zależności od terenu i warunków panujących na obszarze działalności szpitala. Już na terenie naszego województwa inaczej należy podchodzić od sprawy opłat szpitalnych na terenach górskich, biednych o przeważającej ludności małorolnej i bezrolnej, inaczej zaś na terenach nizinnych, znacznie zamożniejszych, a jeszcze inaczej np. na terenie powiatu nowosądeckiego,

gdzie wskutek przesiedlenia ludności łemkowskiej nastąpił poważny zastój gospodarczy na znacznej połaci powiatu. Myślą przewodnia przy ustalaniu opłat za leczenie powinna być przede wszystkim zasada udostępnienia szpitala jak najszerszym warstwom naszego społeczeństwa i to najuboższej ludności, stąd wynika potrzeba zróżniczkowania opłat za leczenie chorych t. j. stosowanie niższej taksy, dla mniej zamożnych samopłatnych, a jeszcze niższej dla ludności ubogiej z własnego okręgu i z okręgów obcych. Dopłata do budżetu ze strony związków samorządowych, oraz dopłata ze Skarbu Państwa na dożywianie chorych, powinny przyczynić się w znacznym stopniu do obniżenia taksy dla mniej zamożnych samopłatnych i ubogich. Za podstawę do ustalenia wysokości dochodu z opłat za leczenie należy przyjąć faktyczną ilość dni leczenia w poprzednim roku, wtedy nie będziemy mieli większych wahań, ani też niemiłych niespodzianek.

Na dochody szpitala w tym dziale wpływa szereg czynników, jak: poziom leczniczy szpitala i racjonalne odżywianie chorych, oraz związana z tym frekwencja, oparta na zaufaniu chorych do szpitala, sprawnie funkcjonujące biuro szpitalne i energiczne ściąganie kosztów leczenia. Omówimy je chociaż pobieżnie:

a) Frekwencja chorych, albo, jak się ją jeszcze nazywa „przelotność łóżek". Sprawa ta była szeroko omawiana na pierwszym ogólnopolskim zjeździe szpitalnictwa w roku 1938, gdzie stwierdzono, że wysokość opłat nie wpływa na frekwencję, natomiast wpływa na nią szczególnie depresja finansowa tych instytucji, które umieszczają chorych w szpitalu na własny koszt, np. i zadłużone samorządy małych miast i gmin.

b) Bezpłatne leczenie ubogich chorych, chorób zakaźnych, wenerycznych i społecznych. Konieczność wolnych łóżek na oddziale zakaźnym przemawia za tym, by budżety oddziałów zakaźnych były wydzielone z budżetów ogólnych szpitala i aby niedobór tych oddziałów pokrywał Skarb Państwa, a chorzy zakaźni powinni być leczeni bezpłatnie.

Do chorób zakaźnych, które uprawniałyby do bezpłatnego leczenia szpitalnego, powinny być zaliczone jeszcze: gruźlica rozpadowa i choroby weneryczne.

Ciężar kosztów leczenia niezamożnych chorych, ciężar walki z chorobami zakaźnymi i społecznymi nie może obciążać wyłącznie związków samorządowych, ale jest także obowiązkiem Państwa i powszechnie jest uznany za tzw. konieczność państwową.

Stwierdzić więc należy, że koszty leczenia chorób zakaźnych, gruźlicy, chorób wenerycznych i społecznych powinno pokrywać całkowicie Ministerstwo Zdrowia, które czyni to już w znacznych rozmiarach. Natomiast koszty leczenia ubogich chorych powinno pokrywać całkowicie Ministerstwo Administracji Publicznej, które jest zainteresowane bezpośrednio w uzdrowieniu finansów samorządu terytorialnego.

c) Energiczne ściąganie kosztów leczenia. O sprawnym funkcjonowaniu biura szpitalnego świadczą w znacznej mierze także zaległe koszty leczenia. Należy więc przeprowadzić zasadę, że rachunki za koszty leczenia muszą być wysłane najpóźniej do 15 każdego miesiąca. W mojej praktyce spotkałem wypadki, że szpital wysłał rachunek za 6 miesięcy po opuszczeniu szpitala przez chorego. Następnie co dwa lub co cztery tygodnie należy wysyłać upomnienia, zwłaszcza do instytucyj o jak najśpieszniejsze zapłacenie kosztów leczenia.

4) Dopłata związku samorządowego. Do tej grupy dochodów należy dopłata związku samorządowego, utrzymującego szpital a więc dopłata za leczenie zakaźnych, i na pokrycie nieściągalnych kosztów leczenia, oraz dopłata z innych powodów np. na pokrycie deficytu budżetowego.

Dopłata samorządu, utrzymującego szpital powinna wynosić zgodnie z wytycznymi, ustalonymi przez Urząd Wojewódzki Wydział Samorządowy, conajmniej 10—15% ogólnych zwyczajnych wydatków szpitala. Obowiązkiem administracji szpitala jest zapewnić sobie taką dopłatę. Dużo osiągnąć można przez udział delegata szpitala w posiedzeniach odnośnych organów samorządowych (zebranie wydziału powiatowego i powiatowej rady narodowej, zarządu miejskiego i miejskiej rady narodowej, sesje wójtów). Szpital musi tam mieć swojego obrońcę.

VI. Zaliczki na koszty leczenia. Raz już trzeba konsekwentnie przeprowadzić zasadę, że tak osoby prywatne, jak i instytucje publiczno-prawne, mają wpłacać z góry zaliczki na koszty leczenia, a czego mają prawo domagać się szpitale w myśl art. 32 Rzp Prez. Rp. z dnia 22. III. 1928 r. (Dz. U. R: P: Nr 38/28) o zakładach leczniczych.

Szpital w Nowym Sączu opracował w tej sprawie specjalne pismo, poparte przez Wydział Powiatowy, skierowane do Urzędu Wojewódzkiego z prośbą o przeprowadzenie w praktyce zaliczkowania kosztów leczenia przez instytucje publiczno-prawne. Niestety dotychczas nie otrzymaliśmy odpowiedzi w tej sprawie.

Na naszym terenie ułożyliśmy sobie współpracę z Ubezpieczalnią Społeczną w Nowym Sączu, która, doceniając ciężkie warunki Szpitala, stosowała się do ustawowego wymogu i wpłacała za

liczki na koszty leczenia w wysokości rachunku z poprzedniego miesiąca, regulując także bieżące przesłane jej rachunki za koszty leczenia.

Był okres, kiedy Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami i Wydział Zdrowia zaliczkowo wypłacały naszemu szpitalowi większe kwoty na poczet przyszłych rachunków leczenia za zakaźnie chorych, repatriantów itd. „Tradycję“ tę opartą na ustawowym obowiązku należałoby wznowić przez uruchomienie większych kredytów na te cele z początkiem roku budżetowego i rozciągając ją na wszystkie instytucje publiczno-prawne.

VII. Koszty leczenia ubogich chorych. 1) Stan prawny. Art. 36 Rzp. Prezydenta R. P. z dnia 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38/28) postanawia:

„Osobna ustawa określi, kto ponosi koszty leczenia ubogich chorych oraz tryb postępowania przy dochodzeniach tych kosztów, należnym szpitalom publicznym.

Do czasu wejścia w życie tej ustawy pozostają w mocy obowiązujące przepisy prawne“.

W literaturze fachowej i na pierwszym zjeździe ogólnopolskim szpitalnictwa w r. 1938 domagano się jak najszybszego uregulowania tej sprawy, wychodząc z założenia, że bez wydania ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich chorych nie może być mowy o uregulowaniu finansów szpitalnych. Jako wzór w tym kierunku wskazano na przepisy prawne, obowiązujące w tej dziedzinie na terenie Małopolski, gdzie gminy wystawiały tylko świadectwa ubóstwa, a koszty leczenia pokrywał Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie. Odnośna ustawa została już opracowana i projekt jej miał wejść pod obrady sejmu, lecz wojna temu przeszkodziła.

Szpital w Nowym Sączu kilkakrotnie — od 2 lat — występował pisemnie w tej sprawie, prosząc o jej ustawodawcze uregulowanie. Odpowiedzi bezpośredniej nie otrzymaliśmy, lecz sprawa ta znalazła swój legislacyjny epilog. Otóż zamiast uregulować sprawę w drodze oddzielnej ustawy, jak mówi prawo szpitalne, dopasowano całe zagadnienie do obowiązujących przepisów prawnych z zakresu opieki społecznej. W Dz. U. R. P. Nr 65/47, poz. 389 ukazał się dekret z dnia 22. X. 1947 r. w sprawie zmiany mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawodawstwa z zakresu opieki społecznej, który rozciąga moc obowiązującą na cały obszar Rzeczypospolitej Polskiej ustaw i rozporządzeń o opiece społecznej. Art. 2 tego dekretu brzmi następująco:

„1. Do środków zaspakajania niezbędnych potrzeb życiowych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 16. VIII. 1923 r. o opiece społecznej (Dz. U. R. P. Nr 92, poz. 726) należy również zapewnienie opieki lekarskiej włącznie z opieką w zakładach leczniczych.

2. Przepisy, dotyczące ponoszenia i trybu dochodzenia kosztów opieki mają analogiczne zastosowanie w sprawach kosztów opieki lekarskiej, przewidzianej w ust. 1. niniejszego artykułu“.

Równocześnie wspomniany dekret w art. 3 uchyla moc obowiązującą wszystkich przepisów prawa obcego i dzielnicowego, dotyczących spraw objętych tym dekretem, a między innymi także ustawę z dnia 29. III. 1926 r. o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich w szpitalach na obszarze b. zaboru rosyjskiego (Dz. U. R. P. Nr 36, poz. 214).

Jak widzimy dekret ma znaczenie wyłącznie formalne, wprowadza jednolite przepisy prawne, ustalające, na kim ciąży obowiązek płacenia kosztów leczenia ubogich chorych.

3. Stan faktyczny. Pod względem materialnym dekret nie zmienił prawie w niczym istoty rzeczy, a na terenie naszego województwa w odniesieniu do dotychczasowych przepisów pogorszył stan rzeczy, bo cały ciężar płacenia kosztów leczenia ubogich chorych przerzucił na gminy wiejskie i miejskie. W dalszym ciągu szpitale zdane będą na wypłacalność gmin, a chorzy ubodzy na łaskę wójta lub burmistrza. Dlatego musimy i obowiązkiem naszym jest domaganie się, by koszty leczenia ubogich chorych ponosił wyłącznie Skarb Państwa. Wtedy rola gmin sprowadzi się wyłącznie do wystawiania świadectw ubóstwa dla chorego.

VIII. Świadectwa ubóstwa. Przy pokrywaniu kosztów leczenia ubogich chorych przez Skarb Państwa należeć będzie do obowiązków gmin stwierdzenie zamożności wzgl. niezamożności chorych. Należy koniecznie ustalić ramowe wytyczne postępowania dla gmin w przedmiocie ustalania niezamożności przy wystawianiu świadectw ubóstwa. Trzeba przy tym uwzględnić szereg momentów natury socjalno-społecznej (stan rodzinny, dzieci małoletnie wzgl. nieletnie, utrzymanie rodziców, możliwości zarobkowe poza pracą na roli) oraz ekonomiczno-gospodarczej (stan gospodarstwa, jego zadłużenia, sad, pasieka itp.), a także rodzaj choroby (przewlekła, wymagająca krótkiego pobytu w szpitalu, tu jest konieczne współdziałanie ośrodka zdrowia). Wydaje mi się, że dla górskich terenów trzeba będzie przyjąć zasadę, że rolnik posiadający 4 morgi, a przy szczególnie niekorzystnych dla niego okolicznościach nawet 6 morgów, powinien być zaliczony do „niezamożnych“ i posiadać prawo do bezpłatnego leczenia w szpitalu na koszt Skarbu Państwa.

1) Nadzór i kontrola. Powiatowy Związek Samorządowy, utrzymujący szpital, powinien roztoczyć należycie nadzór i kontrolę nad prawidłowym wystawianiem świadectw ubóstwa, nie wolno tej sprawy biurokratyzować, aby nie działy się tu nadużycia, a przede wszystkim, by do szpitala kierować takich chorych, którzy rzeczywiście potrzebują leczenia szpitalnego. Otwiera się tu wdzięczne pole do działania dla lekarzy powiatowych i dla stawiających pierwsze kroki ośrodków

zdrowia. Oni powinni selekcjonować chorych, kierowanych do szpitala, by nie było wypadków posyłania tam nieuleczalnie chorych kalek oraz różnych dziadów i włóczęgów wiejskich, którzy zajmują całymi tygodniami łóżko szpitalne, potrzebne dla ciężko chorych, obciążając, jak dotychczas nadmiernymi kosztami leczenia szczupłe fundusze gminne.

IX. Zaległe koszty i ich egzekucja. Dużo się już na ten temat pisało i mówiło. Ograniczam się do stwierdzenia, że w obecnym stanie prawnym kancelaria szpitala nie powinna mieć dodatkowej pracy.

1. Pojęcie zaległości. Definicję zaległych kosztów leczenia ustala prawo szpitalne (§ 19 ustęp 1, Rozp. Minist. Spraw Wewn. z dnia 14. II. 1931 r. o zakładach leczniczych, Dz. U. R. P. Nr 29/31) następująco:

„Koszty leczenia w szpitalu publicznym uważane będą za zaległe, gdy osoby lub instytucje, wezwane do zapłacenia tych kosztów, w przeciągu 14 dni od otrzymania rachunku nie zapłaciły należności lub nie zgłosiły ubóstwa albo innych zarzutów przeciw rachunkowi lub też, gdy zarzuty te zostały według obowiązujących przepisów rozstrzygnięte."

Obowiązkiem sprawnie funkcjonującej kancelarii szpitalnej jest, by w ciągu 14 dni po doręczeniu rachunku — należy prowadzić terminarz płatności wysłanych rachunków — skierować go w razie niezapłacenia do przymusowego ściągnięcia zaległości. Wskazanym byłoby wydanie jednolitych druków na rachunki za koszty leczenia, zawierających pouczenie prawne, co zresztą jest obligatoryjne dla dłużnika, o publiczno-prawnym charakterze wierzytelności i o skutkach prawnych popadnięcia w zwłokę.

2. Kto zarządza i przeprowadza egzekucję. I na to pytanie daje nam odpowiedź prawo szpitalne. Art. 33, ustęp 2, Rozp. Prez. R. P. z dnia 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38/28), że w niepaństwowych „szpitalach publicznych" odnoszą się do ściągania zaległych kosztów leczenia „przepisy, dotyczące danin komunalnych", a § 19, ustęp 3, Rozp. Min. Spraw Wewn. z dnia 14. II. 1931 o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 9/31) postanawia, że „do administracyjnego ściągania kosztów zaległych leczenia w szpitalach komunalnych i innych niepaństwowych szpitalach publicznych mają zastosowanie każdorazowo obowiązujące przepisy, dotyczące danin komunalnych z tym, że egzekucję zaległych kosztów leczenia zarządzają i przeprowadzają organy związków komunalnych, w których w dniu wdrożenia egzekucji mieszkają osoby lub w których obrębie znajduje się siedziba instytucji, obowiązanej do ponoszenia tych kosztów."

Zaległe koszty leczenia szpitala samorządowego, tak od samopłatnych, jak i od gmin wiejskich (leczenie za ubogich) egzekwuje Wydział Powiatowy. Toteż można się ułożyć w ten sposób, że szpital rachunki za koszty leczenia przesyła wprost do Wydziału Powiatowego, celem doręczenia, a w razie nie zapłacenia w terminie, celem wdrożenia i przeprowadzenia egzekucji oraz zawiadomienia szpitala o ostatecznym wyniku, a nie jak to się zdarza, o czynnościach wstępnych wzgl. częściowych, co wywołuje niepotrzebną korespondencję i stratę czasu. Jeśli chodzi o egzekucję zaległych kosztów leczenia, np. od miasta wydzielonego, to organem zarządzającym i przeprowadzającym egzekucję będzie Wydział Samorządowy Urzędu Wojewódzkiego.

3. Skutki prawne popadnięcia w zwłokę. Oprócz nieprzyjemności, jaką wywołuje sam fakt egzekucji, i oprócz kosztów z tym związanych, ponosi także dłużnik, zalegający z zapłaceniem kosztów leczenia, specjalne konsekwencje finansowe, musi on bowiem zapłacić tak zwany dodatek za zwłokę. Wysokość tego dodatku ustala dekret z dnia 16. IV. 1946 r. o zobowiązaniach podatkowych (Dz. U. R. P. Nr 27/46, poz. 173).

Ze względów wychowawczych, a także utylitarnych, obowiązkiem szpitala jest domagać się, aby dłużnicy, zalegający z zapłatą kosztów leczenia, ponosili skutki popadnięcia w zwłokę, by ściągnięto od nich dodatek za zwłokę.

X. Kierownictwo szpitala. Mózgiem i ośrodkiem, duszą i strumieniem ożywczym życia szpitala jest jego kierownictwo, w skład którego wchodzi dyrektor i administrator wzgl. intendent szpitala. Należy więc temu kierownictwu poświęcić kilka uwag.

1) Jednoosobowe czy kolegialne? Przed wejściem w życie prawa szpitalnego kierownictwo szpitala spoczywało w rękach dyrektora i administratora wzgl. intendenta, który w Małopolsce nazywał się rządcą szpitala. Administrator wzgl. intendent miał ustawowe uprawnienia, podpisywał także wszystkie pisma wychodzące na zewnątrz, tworzył łącznie z dyrektorem zarząd szpitala. Polskie prawo szpitalne wprowadziło jednoosobowe kierownictwo szpitala. Kolegialny zarząd zastąpiono jednoosobowym kierownictwem, wtłaczając na barki dyrektora ciężar dźwigania całej gospodarki szpitalnej i kierowania leczniczą stroną szpitala, ciężar, który wielokrotnie przewyższa jego możliwości nawet fizyczne.

Toteż domagano się uporczywie już przed wojną, by przy obsadzaniu dyrektorów szpitali wymagać od nich koniecznie kwalifikacyj administracyjno - gospodarczych, popartych świadectwem z ukończenia odpowiednich kursów z zakresu administracji i gospodarki szpitalnej, a Naczelnik Wydziału Szpitalnictwa w Min. Zdrowia, Dr Paweł Szarejko domaga się wprowadzenia na wydziałach lekarskich wykładów z dziedziny szpitalnictwa.[9])

[9]) „Polski Tygodnik Lekarski" Nr 26/47, str. 789.

Powyższe uwagi wskazują na konieczność nowelizacji prawa szpitalnego w kierunku stworzenia kolegialnego zarządu szpitala — dyrektor i administrator wzgl. intendent — pod przewodnictwem dyrektora lekarza, który powinien mieć w pewnych sprawach głos decydujący, boć chodzi tu o zakład leczniczy, przy równoczesnym przyznawaniu pewnych ustawowych uprawnień administratorowi wzgl. intendentowi szpitala. W myśl zasady „właściwy człowiek na właściwym miejscu". Za takim ujęciem sprawy przemawiają także doświadczenia powojenne.

Na podstawie własnej praktyki muszę dodać, że tam, gdzie był fachowy administrator wzgl. intendent i gdzie pomiędzy nim a dyrektorem istniała harmonijna współpraca, szpital wyszedł nie tylko zwycięsko ze wszystkich trudności finansowo-gospodarczych, ale zdołał jeszcze podnieść się na znacznie wyższy poziom.

2. Kwalifikacje administratora wzgl. intendenta. Na to stanowisko nadają się ludzie o prawniczym wykształceniu, popartym długoletnią praktyką administracyjno-gospodarczą, posiadający wybitne zdolności organizacyjne, nadzoru i kierownictwa, jasnego sądu i zrównoważenia psychologicznego. Kandydaci powinni fizycznie i umysłowo przewyższać średnią jednostkę. Próbna praktyka będzie w stanie określić, czy kandydat posiada konieczne wiadomości i kwalifikacje. Administrator wzgl. intendent powinien mieć także duże zdolności handlowe. Jednym słowem winien on jednoczyć w sobie wysokie zdolności, wymagane od administratora szpitala. O ile dyplom uniwersytecki, próba efektywnej pracy itd., które powinni posiadać kandydaci na stanowisko administratora wzgl. intendenta, dadzą się uchwycić, to nie pozwalają one jednak na ocenę administratorów wzgl. intendentów „urodzonych", obdarzonych silnym charakterem i stałym pragnieniem oddania się dla ulżenia cierpiącej ludności. Ale jest jedno „ale". Aby szpital mógł zdobyć takiego administratora wzgl. intendenta, to poza nowelizacją prawa szpitalnego, poszerzającą jego uprawnienia, trzeba mu stworzyć odpowiednie warunki do egzystencji, należy mu zapewnić taką pozycję materialną, by wolny od trosk o siebie i jego rodzinę, mógł całkowicie i wyłącznie oddać się pracy dla dobra szpitala, by nie musiał szukać dodatkowych zajęć zarobkowych.

XI. Wnioski. Reasumując referat, wysuwam następujące wnioski: Drugi Wojewódzki Zjazd Lekarzy Powiatowych, Dyrektorów Szpitali, Naczelnych Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych i Sekretarzy Wydziałów Powiatowych Województwa Krakowskiego, w głębokiej trosce o podniesienie na najwyższy poziom i usprawnienie gospodarki szpitali publicznych uważa za konieczne i nieodzowne zrealizowanie w najbliższej przyszłości następujących postulatów z tej dziedziny:

1) Opracowanie i wydanie „kodeksu szpitalnego", zawierającego wszystkie obowiązujące przepisy prawne, dotyczące szpitalnictwa wraz z interpretacją tychże przepisów, oraz wszystkie materiały, regulujące wewnętrzne życie szpitala pod względem leczniczym, pielęgniarskim, administracyjnym i gospodarczym.

2) Z celu, istoty i zadań, jakie mają do spełnienia szpitale publiczne, wynika bezspornie, że nie mogą one być samowystarczalne pod względem finansowym, a Państwo i samorząd terytorialny są bezpośrednio zainteresowane w racjonalnym funkcjonowaniu szpitali publicznych. Dlatego winny one przyjść z pomocą finansową tym szpitalom, a mianowicie przez pokrycie ich deficytów w następującej wysokości:

a) samorząd terytorialny 10—15% ogólnych wydatków szpitali,

b) Skarb Państwa 25—30% ogólnych wydatków szpitali.

3) Z uwagi na trudności finansowe szpitali publicznych koniecznym jest, by Ministerstwo Zdrowia także w roku 1948 dopłacało szpitalom podobnie jak w roku 1947, różnicę w poborach personelu fachowego, pozostałą wskutek ostatniej regulacji płac tego personelu.

4) Paląca i niecierpiąca zwłoki jest sprawa jak najspieszniejszego uregulowania płac personelu administracyjno-gospodarczego szpitali i przystosowania ich do poziomu płac personelu fachowego. Praca biurowa, związana z leczeniem chorego w szpitalu, niewiele mniej pracy wymaga niż samo leczenie.

5) Ponieważ szpitale samorządowe zostały wybudowane dawno, przeto zachodzi potrzeba ich unowocześnienia. W związku z tym, a także z koniecznością wyposażenia tych szpitali w nowoczesne urządzenia, winien Skarb Państwa i samorząd terytorialny przyjść szpitalom z wydatną pomocą finansową na dokonanie niezbędnych inwestycyj.

6) Opał — węgiel i koks — stanowi znaczny wydatek w budżetach szpitalnych. Zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia o wyjednanie obniżki cen opału do poziomu opału kartkowego. Przydziałowy opał należy rozprowadzić bezpośrednio, przez co zaoszczędzą szpitale znaczne sumy pieniężne. Również koniecznym jest wyjednanie dla szpitali i rozprowadzenie większej ilości żarówek elektrycznych o napięciu 220 i 120 Volt. Rozprowadzenie wszelkich artykułów powinno następować bezpośrednio, celem obniżenia ceny.

7) Ministerstwo Zdrowia przyspieszy akcję nadania tytułów własności nieruchomości poniemieckich i pożydowskich, użytkowanych przez szpitale, oraz spowoduje oddanie im w posiadanie i na własność takich ośrodków rolnych, które umożliwią szpitalom zaopatrywanie się z tych ośrodków w artykuły żywnościowe pierwszej potrzeby, a przede wszystkim w mleko, jarzyny i warzywa.

8) Personel szpitalny należy zwolnić od świadczeń chorobowych, gdyż personel ten leczy szpital we własnym zakresie. Odciąży to budżety szpitalne. Formalne załatwienie sprawy od dnia 1. I.

1948 r. przeprowadzi Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z zainteresowanymi czynnikami.

9) Wielką pomocą dla szpitali w roku 1947 była jednorazowa większa subwencja na zapasy zimowe, wypłacona w listopadzie 1947 r. Pomoc tę należy utrzymać także w roku 1948 z tym, by wyplata jej nastąpiła wcześniej — w sierpniu, a najpóźniej we wrześniu, celem racjonalnego i ekonomicznego zużytkowania tej dotacji.

10) Dotacje na dożywianie chorych należy bezwzględnie utrzymać w roku 1948, a rozdziału ich dokonywać według dni leczenia, jakie szpitale posiadały w poprzednim miesiącu.

11) Należy zwiększyć w budżecie Ministerstwa Zdrowia dotacje dla szpitali niepaństwowych, a to proporcjonalnie do ich liczby i posiadanej przez nich ilości łóżek etatowych wzgl. osiągniętych dni leczenia.

12. Budżety oddziałów zakaźnych należy wydzielić z budżetów ogólnych szpitali. Oddziały zakaźne powinny być utrzymywane całkowicie przez Państwo i przez samorząd terytorialny, a koszty leczenia chorób zakaźnych, gruźlicy, chorób wenerycznych i społecznych powinien pokrywać Skarb Państwa.

13. Przeprowadzić w praktyce zasadę wyrażoną przez ustawodawcę, by osoby prywatne i instytucje publiczno-prawne wpłacały zaliczki na koszty leczenia, w wysokości rachunków z poprzedniego miesiąca. To samo dotyczy także gmin miejskich i wiejskich.

14) Koszty leczenia ubogich chorych pokrywa w całości Ministerstwo Administracji Publicznej, a gminy miejskie i wiejskie, pod nadzorem i kontrolą samorządu powiatowego, wystawiają tylko świadectwa ubóstwa.

Należy wydać ramowe wytyczne, ustalające kryteria niezamożności z uwzględnieniem warunków socjalno-społecznych i ekonomiczno-gospodarczych chorego, którymi winny kierować się gminy miejskie i wiejskie przy wystawianiu świadectw ubóstwa, uprawniających do bezpłatnego leczenia w szpitalu.

15) Przy ściąganiu zaległych kosztów leczenia należy opieszałym dłużnikom liczyć dodatek za zwłokę i wpłacać go do kasy szpitalnej, wydając jednolite druki na rachunki za koszty leczenia, zawierające pouczenia o skutkach prawnych popadnięcia w zwłokę.

16) Znowelizować prawo szpitalne i wprowadzić kolegialny zarząd szpitala, złożony z dyrektora i administratora wzgl. intendenta. Ustalić wysoki poziom kwalifikacyjny dla administratora wzgl. intendenta, gwarantując mu takie uposażenie, by mógł on całkowicie poświęcić się pracy szpitalnej.

17) Wydział samorządowy Urzędu Wojewódzkiego celem ułatwienia pracy szpitalom:

a) wyda okólnik, przypominający organom samorządowym konieczność szybkiej egzekucji zaległych kosztów leczenia, zawierający także przypomnienie obowiązujących w tym przedmiocie przepisów prawnych.

b) wyda okólnik, wyjaśniający obecny stan prawny, dotyczący obowiązku ponoszenia kosztów leczenia ubogich chorych i wystawiania świadectw ubóstwa, kładąc nacisk, by sprawy niezamożności nie traktowano rygorystycznie, lecz by położono szczególny nacisk na konieczność przeprowadzenia przez ośrodki zdrowia gruntownej selekcji chorych, celem racjonalnego wykorzystania sum budżetowych, przeznaczonych na leczenie ubogich chorych.

c) otrzymuje z Wydziału Zdrowia wszystkie okólniki i zarządzenia w sprawie formalności, jakich mają dopełniać ubodzy chorzy, leczeni na koszt Państwa, oraz przesyła okólniki i zarządzenia powiatowym organom samorządowym, polecając rozpowszechnianie ich na terenie. Należy dążyć do unikania form biurokratycznych, powodujących całe wędrówki chorych wzgl. ich rodzin, by dostać się na listę ubogich chorych, leczonych na koszt Skarbu Państwa.

Dyskusja.

Jako pierwszy zabrał głos w dyskusji Dyr. Dr Grynberg, wygłaszając następujące przemówienie:

„W każdym zagadnieniu, w każdym temacie jest cały szereg spraw i zagadnień, a każde zagadnienie możnaby porównać do łańcucha, składającego się w szeregu ogniw. Jasne jest, że trudno w referacie wyczerpać wszystkie zagadnienia, poruszyć wszystkie ogniwa łańcucha i jest to w gruncie rzeczy zbyteczne. Należy się jedynie zorientować w pewnych zagadnieniach węzłowych, zasadniczych, których połączenie będzie decydującym dla rozwiązania danego zagadnienia i należy tylko te punkty węzłowe rozstrzygać, a wówczas cały łańcuch pociągnie resztę zagadnień.

Mamy przyzwyczajenie wyczerpywać wszelkie szczegóły, gdyż kształciliśmy się na podręcznikach niemieckich, które wyczerpują całość zagadnienia, ale w podręcznikach jest to łatwiejsze.

To, co chcę w tej chwili poruszyć, to zagadnienia szpitalnictwa, to zagadnienie, które w tej chwili znajduje się na warsztacie pracy Ministerstwa Zdrowia. Nie jest jeszcze rozstrzygnięte, gdyż jest to zagadnienie w planie perspektywicznym, ale łączy się ściśle z tym, co tu było mówione. Może i my błędnie ujmujemy zagadnienia wyjściowe i chcę wykorzystać ten zjazd i te zagadnienia najważniejsze wyłowić:

I-sze to zagadnienia sieci i struktury szpitalnictwa. Jeżeli zastanawiamy się nad siecią szpitali, to jasnym jest, że sieć szpitali zależna będzie od potrzeb danego terenu, a z drugiej strony od możliwości zaspokojenia tych potrzeb. W ośrodkach przemysłowych trzeba zwrócić większą uwagę na oddziały urazowe, a także i w ośrodkach górskich, ze względu na turystykę, w ośrodkach zaś, gdzie ludność jest rozrzedzona będziemy musieli iść na szpitalnictwo mniejsze. Trzeba sobie również zdać sprawę z postępu wiedzy lekarskiej. Trzeba także rozważyć strukturę organizacji szpitalnictwa w zależności od potrzeb tereno-

wych, gdyż np. oddziały zakaźne są często tylko w 18% wykorzystane, to wówczas rozbudowa szpitali zakaźnych jest niepotrzebna, a należy iść w innym kierunku organizując oddziały dziecinne czy społeczne, jak gruźlicze i chorób wenerycznych. Poza tym będziemy musieli spowodować rozrost oddziałów chorób wewnętrznych, które będą musiały być rozwinięte w pewnej dynamice rozwojowej. Koledzy będą musieli tę dynamikę rozwojową uwzględnić w perspektywach rozwojowych sieci szpitalnictwa na podległych im obszarach. Próba taka była dokonana w centrali Ministerstwa Zdrowia, nie bardzo się jednak udała i mamy w wyniku zbyt mało optymistyczny pogląd na rzeczywistość.

To, co kolega Anzelm nam przedstawił, pozwoliło osądzić, że ta struktura i rozbudowa będzie coraz bardziej doskonała, bo jeżeli w ciągu 3-ch lat nie tylko osiągnęliśmy poziom z r. 1938, to jasnym jest, że ta rozbudowa będzie się coraz bardziej posuwać.

Jeżeli zdamy sobie sprawę, że budżet Ministerstwa Zdrowia w porównaniu lat 1945 i 1948 wzrósł 7-miokrotnie, biorąc jednocześnie pod uwagę, że wzrost drożyzny jest dwukrotny, to i tak nastąpił 3½-krotny wzrost kredytów na Służbę Zdrowia. Obecnie z publicznych funduszów na Służbę Zdrowia idzie 3 miliardy zł, tzn. więcej niż na całe Ministerstwo Obrony Narodowej. Jeżeli porównamy te cyfry z Ameryką, to tam wydatki na obronę narodową St. Zjednoczonych i fundusze zbrojeniowe stanowią 1.000 razy większą kwotę niż na Służbę Zdrowia.

Dynamika rozwojowa naszego szpitalnictwa będzie daleko szybsza niż w okresie bezpośrednio po uzyskaniu niepodległości i ci koledzy, którzy będą pracowali, będą musieli tę dynamikę uwzględnić.

II-gie zagadnienie, to zagadnienie hierarchii szpitali. Rozróżniamy tu 3 stopnie: a) szpital powiatowy, podzielony na 4 oddziały zasadnicze, b) szpital miasta wydzielonego, już bardziej rozwinięty i c) szpital wojewódzki, który w zasadzie powinien być klinicznym. W roku bieżącym będziemy mieli 9 szpitali wojewódzkich na stopniu klinicznym.

Szpitalnictwo musi być ściśle skoordynowane z otwartą pomocą lekarską i musi tu być jasny pogląd na sprawę leczenia ambulatoryjnego, gdyż ambulatoria przyszpitalne nie mogą robić konkurencji ośrodkom zdrowia. Tam mogą trafiać jedynie ci chorzy, którzy przeszli już przez ośrodki zdrowia i wtedy całkowicie uznajemy słuszność tezy poradni przyszpitalnych. Poza tym w tej poradni leczą się chorzy, którzy już wyszli ze szpitala i muszą pozostawać pod opieką tych samych klinik czy szpitali.

Rzucona tu przez Doc. Nowickiego myśl w sprawie wspólnych posiedzeń jest słuszna i rzucimy ją po przyjeździe do Warszawy na warsztat pracy. To będzie przedmiotem pracy Kolegów w najbliższym czasie.

III-cie zagadnienie norm zaopatrzenia i obsady szpitali — to zagadnienie podstawowe w planowej gospodarce. Normy zaopatrzenia w sprzęt szpitalny, aparaty itp. winny być w tej strukturze przewidziane w pewnej hierarchii i np. szpital powiatowy ma mieć 1 rentgena, szpital m. wydzielonego 2 rentgeny (diagnostyczny i terapeutyczny) a już szpital wojewódzki na stopniu klinicznym 3 aparaty rentgenowskie różnych typów.

Zagadnienie to dotyczy nie tylko norm zaopatrzenia i wyposażenia szpitali, ale i zagadnienia obsady stanowisk i każdy z kolegów powinien się w tej kwestii orientować i mieć ustaloną normę obsady personalnej w każdej komórce lecznictwa otwartego i zamkniętego na terenie jego powiatu: ilu ma lekarzy, ile pielęgniarek, położnych itp. To zagadnienie nie może być rozstrzygnięte przez nikogo innego, tylko przez Kolegów.

IV. Jest to zagadnienie specyficzne, a mianowicie podniesienie poziomu fachowego szpitalnictwa, które obecnie jest dopiero rozpoczęte w postaci nadzoru fachowego nad lecznictwem. My nie traktujemy tego tylko z punktu widzenia pewnej inspekcji, ale raczej doszkalania w czasie pracy przez przyjazd fachowców do szpitali powiatowych. Wiemy, że na pewnych terenach sprawa ta przedstawia się w ten sposób, iż przyjeżdża chirurg na oddział chirurgiczny szpitala powiatowego w określonym dniu i zjeżdżają się lekarze z innych powiatów, odbywa się szereg demonstracji, a potem dyskusja czyli właściwie rodzaj seminarium. Naturalnie, że to nie wyczerpuje zagadnienia, bo należałoby, aby ten chirurg mógł przyjechać co miesiąc. W ustawie, którą mamy zamiar wydać powiedziano o przymusie doszkalania, będzie więc zagadnieniem bardzo ważnym, aby doszkolenie nie następowało w czasie czynności, ale w wspólnie poświęconym czasie. Przypuszczalnie trzeba będzie zorganizować pewien obwód doświadczalny w ten sposób, aby nie pozbywać szpitali sił do działania przez wymianę np. lekarza chirurga z kliniki z lekarzem chirurgiem z szpitala powiatowego, który na okres np. 1 miesiąca będzie pracował na miejscu swego kolegi w klinice, dokształcając się w ten sposób. Jest to plan do rozpracowania i tu oczekujemy projektów od kolegów.

V zagadnienie, bardzo ważne to reorganizacja finansowa szpitalnictwa — zagadnienie bardzo trudne w naszych warunkach. Zupełnie bezpłatna pomoc lekarska dla ogółu ludności kosztowałaby Skarb Państwa około 9 miliardów zł. Gdybyśmy nawet to uzyskali, czy by to sprawę załatwiło, jest wątpliwym, dlatego, iż ta ilość łóżek szpitalnych, którą mamy w tej chwili jest na pewnych terenach zbyt mała. Jeżeli na Ziemiach Odzyskanych dałoby się to przeprowadzić, to w województwach lubelskim i rzeszowskim nie moglibyśmy teraz dać bezpłatnej pomocy lekarskiej właśnie ze względu na zbyt małą ilość łóżek szpitalnych.

Do usprawnienia finansów szpitalnych będziemy iść innymi drogami: 1) Ustalenie istotnej, prawdziwej taksy szpitalnej. Porównując wydane przez szpitale samorządowe 33% budżetu na wyży-

wienie, wydawałoby się, że one fatalnie gospodarują, albo, że panuje obżarstwo, gdyż znowu szpitale Ubezpieczalni Społecznych wydają 17%, myślałby kto, iż panuje tam głód. Okazało się jednak, że szpitale Ubezp. Społ. nie kalkulują taksy szpitalnej poniżej 400 zł dziennie. Centralny Urząd Planowania zapytywał nas w tej sprawie i domaga się ustalenia realnych taks szpitalnych. Czy mają być jednolite? Naturalnie, że nie i nie mogą być w ten sposób ułożone, że całe województwo obowiązuje ta sama taksa szpitalna. Należy inaczej kalkulować pobyt chorego w szpitalu powiatowym, inaczej w wojewódzkim, a inaczej w klinice i dlatego taksy te będą wprowadzone na 3-ch poziomach zależnie od struktury szpitala.

2) Odkomercjalizowanie szpitalnictwa. Szpitala nie powinien interesować stan majątkowy chorego, a szpital może tylko meldować, że taki chory przybył do szpitala, opłacił, czy też nie opłacił kosztów pobytu i kuracji w szpitalu. Ministerstwo Zdrowia położy nacisk w tym kierunku, aby te sprawy ostatecznie uregulować. Ani szpital, ani lekarz nie jest powołany do drenowania osób prywatnych odnośnie stanu materialnego, od tego jest Urząd Skarbowy.

Jakie dziedziny będą obejmowane bezpłatnym leczeniem? a) choroby epidemiczne zakaźne, b) choroby weneryczne, które już od roku są leczone na koszt Skarbu Państwa. Tu trzeba zaliczyć to co Państwo łoży w postaci różnych zapomóg. Już w najbliższym czasie otrzymają koledzy okólnik o akcji zwalczania chorób wenerycznych, który reguluje całokształt postępowania w leczeniu szpitalnym chorych wenerycznie. c) leczenie gruźlicy, leczenie chorób psychicznych.

Do podniesienia stanu finansowego szpitalnictwa przyczyni się niewątpliwie zlikwidowanie systemu tzw. „sroczki" tzn. przyznawania dotacji ogólnych i Ministerstwo Zdrowia będzie dawać subwencje na pewne ściśle określone cele. Musi się skończyć ogólna gospodarka, która doprowadza np. do tego, że fundusz inwestycyjny nie został wykorzystany w sumie 400 milionów złotych i sumy inwestycyjne, które idą na adaptację, na wyposażenie stałe szpitalnictwa nie zostały wykorzystane, dlatego, iż szpitale zakupywały przedmioty wyposażenia z kredytów ogólnych. Te sprawy są zależne od zagadnienia norm i gdyby to było załatwione, to sprawy funduszów inwestycyjnych byłyby lepiej rozwiązane. Jasnym jest, że jeden szpital nie posiada rentgena, drugi nie posiada lampy, ale nie może być tak, aby jeden szpital posiadał 2 rentgeny, a drugi nie miał żadnego. Opracowanie tych norm będzie również wykonane przez Ministerstwo Zdrowia.

Na zakończenie chciałbym jeszcze raz podkreślić 4 podstawowe zagadnienia szpitalnictwa: 1) sieć i struktura szpitalnictwa, 2) normy zaopatrzenia i obsada, 3) podniesienie poziomu fachowego, i 4) reorganizacja stanu finansowego.

Jako hasło do dyskusji chciałbym podkreślić, iż np. zagadnienie „mleka" należy rozpatrywać przy sprawach „matki i dziecka", i wtedy będzie ono zagadnieniem właściwym, a przy poruszaniu spraw szpitalnictwa jest zagadnieniem wybitnie ubocznym".

D r B i l e k z P Z H w odpowiedzi Doc. Nowickiemu podaje, iż obecnie nie jest tak trudno zaopatrzyć szpital w surowice, gdyż hemotesty są produkowane przez P. Z. H. w Warszawie i wszystkie jego filie. Poza tym asystentki techniczne wykwalifikowane potrafią same wytworzyć hemotesty. Następnie Dr Bilek podaje sposób wytwarzania hemotestów.

D r Ł a p i ń s k i podkreśla, iż z wypowiedzi przedstawicieli Min. Zdrowia zebrani winni byli się zorientować, iż „centrala" myśli o wszystkich sprawach terenu i starannie rozpatruje wszystkie bolączki szpitalnictwa. Dr Łapiński prosi ze swej strony o zajęcie się sprawą zaopatrzenia. szpitali w leki, gdyż zmuszone są one zakupywać leki na wolnym rynku, a niekiedy nawet chorzy sami kupują potrzebne preparaty.

D a g m a n, S e k r. W y d z. P o w. w N o w y m S ą c z u jest zdania, iż samorządy nie są w stanie świadczyć na pokrycie utrzymania szpitali, w wysokości 16—18%, w myśl przemówienia Mgr. Oleksego, gdyż samorządy mają zmniejszone źródła dochodowe. Szczególnie jeżeli chodzi o Nowy Sącz, jest to górski zniszczony powiat i samorząd miał wiele wydatków w związku z naprawą mostów i dróg. Pomimo zniszczenia samorząd nowosądecki współdziałał ze Służbą Zdrowia w rozbudowywaniu ośrodków zdrowia, powiększaniu ilości położnych, pielęgniarek itp. i dlatego zwraca się z prośbą do czynników miarodajnych Służby Zdrowia, aby przyszły z pomocą przez udzielanie samorządom subwencji.

D r K o s s o b u d z k i, U b e z p. S p o ł. T a r n ó w, nawiązując do referatu Doc. Nowickiego zaznacza, iż poza Krakowem cały teren woj. Krakowskiego pozbawiony jest rentgenoterapii, toteż z zadowoleniem przyjęto fakt powstania Instytutu Przeciwrakowego w Gliwicach i zaczęto kierować chorych. Okazało się jednak, iż rentgeny terapeutyczne przeciążone są pracą i każdego chorego będą mogły naświetlić w kolejności odległej od daty zapisania chorego. Wobec tego Dr Kossobudzki proponuje, aby utworzyć filię Instytutu Przeciwrakowego w Krakowie, bowiem do Instytutu w Warszawie nie można kierować chorych ze względu na odległość.

D r W a l i c k i, S e k r. W y d z. P o w. W a d o w i c e w odpowiedzi Dyr. Grynbergowi, zabiera głos w sprawie funduszu pożyczkowo-zapomogowego, proponując, aby kwoty te rozdzielić na województwa, decentralizując całą sprawę, gdyż inaczej zgłaszane podania pozostaną bez rozpatrzenia i jak podał Dyr. Grynberg 4 miliardy zł nie zostały wykorzystane.

D y r. G r y n b e r g podkreśla, iż w r. bieżącym fundusz zapomogowo - pożyczkowy wynosi 8 miliardów zł. Następnie Dyr. Grynberg wypowiedział się w sprawie dodatku do uposażeń personelu fachowego Służby Zdrowia, wprowadzonego okólnikiem 32/47, zaznaczając, iż na terenie woj. Krakowskiego płace w r. 1947 zostały wyrównane. Jednak sumy te powinny znaleźć

odbicie w preliminarzach budżetowych na rok 1948, gdyż tabela wprowadziła normy płac, a nie jakiś dodatek nadzwyczajny. Dyr. Grynberg prosi o dyskusję na ten temat, gdyż posłuży ona jako materiał do prac Min. Zdrowia.

Książek, Sekr. Wydz. Pow. Dąbrowa opowiada na temat zniszczeń w powiecie Dąbrowa, zaznaczając, iż w całym powiecie nie ma rentgena, chociaż jest szpital na 100 łóżek i w projekcie jest budowa nowego szpitala. Podkreśla także, iż lekarze nie chcą się osiedlać na terenie zupełnie pozbawionym rozrywek kulturalnych, a przecież Dąbrowa obsługuje także sąsiedni powiat Pińczów.

Dr Bogdalski Ubezp. Społ. Kraków porusza I. sprawę kosztów wyżywienia chorego w szpitalu. W roku ubiegłym ustalona została kolejność potrzeb szpitali: 1) lekarska, 2) pielęgniarska, 3) leki i dopiero 4) wyżywienie. W związku z tym szpital, którego dyrektorem jest Dr Bogdalski, stał na wysokim poziomie, ale ciężko przedstawiała się sprawa wyżywienia. Obecnie szpital ten poprawił racje dzienne wyżywienia do 2.400 kal. prowadząc urozmaiconą kuchnię sezonową. II. Dr Bogdalski omawia sprawę obsady lekarskiej w szpitalu, podając, iż w szpitalu im. Narutowicza wypada przeciętnie 4-ch lekarzy na 100 chorych. III. Dr Bogdalski popiera wypowiedź Dyr. Grynberga, iż realna stawka dzienna pobytu chorego w szpitalu winna wynosić około zł. 500—600.

Dyr. Dr Głuski z Chrzanowa zapytuje, jak ma interpretować wypowiedzi referentów, iż na skutek wygaśnięcia większych epidemii, należy na oddziałach zakaźnych umieszczać chorych na gruźlicę, gdyż istnieje możliwość infekcji tak ze strony chorych gruźliczych, jak i chorych zakaźnych.

Dr Kalista — Olkusz, wypowiada się w sprawie doszkalania fachowego lekarzy, zatrudnionych w szpitalach i proponuje zorganizowanie kursów dla lekarzy przez dojeżdżanie raz w tygodniu do szpitala woj. czy kliniki dla przesłuchania odczytu, czy obejrzenia pokazu. Następnie Dr Kalista podkreśla konieczność organizowania oddziałów dziecięcych.

Dr Bellert, Dyr. Szpitala św. Łazarza, Kraków zaznacza, iż jego zdaniem ważny jest dział odżywiania chorego, podkreślając braki, jakie istnieją w tym względzie. Następnie Dr Bellert przytacza szereg trudności, z jakimi musi walczyć szpital św. Łazarza, a więc: brak benzyny do samochodów szpitalnych, brak filmów rentgenowskich, trudności z wyżywieniem personelu szpitalnego itp.

Dr Lutyński podkreśla, iż jego zdaniem dyskusja zbacza na niewłaściwe tory, stając się zbyt szczegółowa, toteż nie porusza miejscowych bolączek, interesując się natomiast planem rozbudowy szpitalnictwa. Zaznacza, iż szpital powiatowy winien posiadać 4 podstawowe oddziały a wszystkie oddziały specjalistyczne winny być przeniesione do szpitala wojewódzkiego.

Mgr. Oleksy odpowiadając wszystkim zabierającym głos w dyskusji, oznajmia, iż przy układaniu wydatków szpitalnych musi być także równomierne ustalanie potrzeb. W sprawie żywienia poleca zapoznać się z broszurką Dr Fieczki, a Sekr. Dagmanowi wyjaśnia, iż samorząd powinien dopłacać 10—15% budżetów szpitalnych, a nie dawać 10—15% własnych budżetów. W sprawie sióstr zakonnych Mgr. Oleksy przytacza wyjątek z podstaw prawnych, podających, iż siostry zakonne nie podlegają ubezpieczeniom.

Dyr. Grynberg zaznacza, iż siostry zakonne zatrudnione indywidualnie mają takie same prawa, jak i personel świecki, lecz przy umowach zbiorowych nie podlegają ubezpieczeniom.

Doc. Nowicki w odpowiedzi stwierdza, iż istnieje dostateczna ilość leków w szpitalach, szczególnie małe szpitale magazynują duże ilości leków. Odnośnie wypowiedzi Dr Bileka Doc. Nowicki stwierdza, iż nie należy zezwalać, aby laborantki przygotowywały surowice krwi, gdyż nie można być w 100% pewny takiej surowicy. Trzeba stosować surowicę pewnego pochodzenia, pochodzącą z P. Z. H. Doc. Nowicki nie jest zwolennikiem honorowych tytułów ordynatorów gdyż oprócz nich są w szpitalach długoletni asystenci. Poza tym zdaniem Doc. Nowickiego doszkalanie lekarzy na miejscu nie jest korzystne, należałoby to raczej przeprowadzać w szpitalach klinicznych.

Dr Brodowski zaznacza, iż w woj. Krakowskim nie można przeprowadzić podziału szpitalnictwa na 3 grupy, gdyż może być tylko szpital wojewódzki, a zaraz idą szpitale powiatowe. Poza tym Dr Brodowski podkreśla, iż przy podniesieniu taksy szpitalnej może zaistnieć niebezpieczeństwo, iż fundusze uzyskane w ten sposób zostaną przeznaczone nie na lecznictwo, ale na różne wydatki gospodarcze.

Dr WŁADYSŁAW GŁODZIK

Ośrodek zdrowia obwodowy (powiat.) jako punkt węzłowy otwartej pomocy lekarskiej

Naczelnym zadaniem stojącym dziś przed nami, jako przedstawicielami Państw. Służby Zdrowia, to wkład do odbudowy Kraju i dźwignięcie go z ruin i nędzy spowodowanej ostatnią zawieruchą wojenną, przez wzmocnienie fizyczne ludności Kraju, utrzymanie jak największej liczby zdrowych, zdolnych do pracy obywateli, gdyż w obecnym wyścigu pracy i odbudowy Kraju, zagadnienia zdrowotne wysuwają się na czoło i mogą zadecydować o powodzeniu całej akcji.

Statystyki i sprawozdania mówią nam, iż nie można korzystniej lokować pieniędzy publicznych, jak łożąc na poprawę stanu fizycznego i utrzymanie zdrowia obywateli. Zrozumiano to na koniec i u nas, jak to naocznie wykazuje budżet Min. Zdr. na rok 1948.

Musimy przystąpić planowo do akcji opieki nad zdrowiem ludności i rozpocząć od dostarczenia pomocy fachowo-lekarskiej, choćby tylko

w najkonieczniejszej potrzebie, ale pomocy powszechnej wszystkim jej potrzebującym, niezależnie od ich zamożności. Musimy zmienić przekonania pewnych umysłów, że pomoc lekarska specjalistyczna dostępna dla wszystkich, to nie filantropia, a prawo, z którego ma korzystać każdy obywatel, niezależnie od tego czy ma na to środki finansowe czy nie.

Wielkim krokiem naprzód w kierunku wykonywania przez Państwo pieczy nad zdrowiem ludności była niewątpliwie — nasza Ustawa o Publ. Służbie Zdr. z 15. VI. 1939 r., która niestety, wskutek wybuchu wojny, nie zdążyła wejść w życie.

Publiczna Służba Zdrowia w myśl art. 1, cytowanej ustawy, obejmuje w szczególności „zwalczanie chorób i zapobieganie im, sprawy zakładów leczniczych i leczniczo-zapobiegawczych, uzdrowisk, cmentarzy, opieki nad Matką i Dzieckiem, higieny szkolnej, wychowania fizycznego, opieki nad koloniami letnimi, zaopatrywania ludności w wodę, usuwania nieczystości, dozoru sanitarnego nad wyrobem i obrotem środkami leczniczymi i zapobiegawczymi, sprawy aptek, drogerii oraz nadzoru nad zawodami czynnymi w zakresie Służby Zdrowia".

Podstawową jednostką, zapewniającą ludności opiekę zdrowotną, oraz sprawującą pieczę nad warunkami jej bytowania, ma być właśnie Ośrodek Zdrowia, z lekarzem, kierownikiem mianowanym za zgodą Wydziału pow. względnie Wojewody, jeśli chodzi o miasta wydzielone.

Art. 7 ustawy zobowiązuje powiatowe związki samorządowe, miasta i gminy wiejskie do zakładania, utrzymywania i prowadzenia innych niezbędnych zakładów leczniczych, leczniczo-zapobiegawczych itp. urządzeń sanitarnych, stosownie do obowiązujących przepisów prawnych.

Okólnik Min. Zdr. Nr 37/47 z dnia 17. IX. 47 r. ogłoszony w Dzienniku Woj. Krak. poz. 152 z dnia 15. XII. 47 r. wprowadza w życie Instrukcję o organizacji i działalności Ośr. Zdrowia. Jak wynika z tego okólnika, Min. Zdrowia przywiązuje wielką wagę do akcji zakładania, na obszarze całego Państwa, Ośr. Zdrowia okręgowych i obwodowych. jako podstawowych elementów Publ. Służby Zdrowia.

W porównaniu z Ośr. Zdrowia działającymi dotychczas na podstawie okólnika Min. Op. Społ. Nr 38/36 z dnia 15 lipca 1936 r. w sprawie organizacji i działalności Ośr. Zdr. i na podstawie okólnika Min. Zdr. Nr 21/45 — Ośrodki Zdrowia na terenie Woj. Krakowskiego, miały za podstawę zapobieganie i zwalczanie chorób społecznych oraz Opiekę nad Matką i Dzieckiem, ograniczając lecznictwo do tak zwanych podopiecznych, czyli udzielały pomocy lekarskiej tylko biednym — przysyłanym z kartkami z Opieki Społ. — bezpłatnie.

Obecnie § 3 w/w Instrukcji z dnia 17. IX. 47 r. o organizacji i działalności Ośr. Zdrowia postanawia, iż podstawowym elementem każdego Ośr. Zdr. jest przychodnia ogólna, oraz poradnia dla kobiet ciężarnych, niemowląt, dzieci przedszkolnych i szkolnych.

Jest to zasadnicza różnica, do której muszą nagiąć się wszyscy i przestawić się na obecną rzeczywistość i iść z prądem czasu, a nie wynajdywać jakieś przeszkody i ustosunkowywać się negatywnie do wszelkich zarządzeń, realizujących wprowadzenie lecznictwa otwartego dla najszerszych warstw ludności, z udostępnieniem wszelkich zdobyczy lekarsko - techniczno - rozpoznawczych, grupując je w Ośrodkach Zdrowia wyższego rzędu, jakimi będą Ośr. Zdr. obwodowe. Ośrodki te powstają narazie jeszcze tylko w miastach powiatowych, ale z chwilą ich zorganizowania powstaną i w innych miejscowościach, drogą przez podnoszenie pod względem fachowym Ośr. Okręgowych do rzędu Obwodowych, zależnie od potrzeb terenu (jak np. miejsca klimatyczne, Ośr. fabryczne itp.). Jak wyżej zaznaczyłem, podstawowym warsztatem Społecznej Służby Zdrowia w terenie jest Ośr. Zdr. okręgowy. Może on obejmować swą działalnością 1—2 gmin, względnie 1 lub 2 obwody (dzielnice) miasta. Każda miejscowość musi być przydzielona pod względem opieki lekarskiej do jednego z Ośr. Zdrowia. Taki Ośr. Zdr. zwany okręgowym powinien prowadzić:

a) przychodnię ogólną leczniczą,
b) poradnie dla matek i niemowląt,
c) poradnię dla dzieci i młodzieży szkolnej,
d) kartotekę rodzinną chorych,
e) biuro sanitarne dla spraw higieny otoczenia i walki z epidemiami,
f) nadzór nad higieną szkolną,
g) w razie potrzeby zależnie od zajagliczenia terenu, poradnię p.-jagliczą,
h) punkt rozdzielczy mleka i mieszanek odżywczych,
i) organizowanie dojazdów do pkt. sanitarnych,
j) tworzenie apteki podręcznej, leków niezbędnych gotowych (tam, gdzie niema apteki publ.).

Obsada takiego Ośrodka Zdrowia Okręgowego (dzielnicowego) powinna się składać z 2—3 lekarzy, takiej samej ilości pielęgniarek, 1 kontrolera sanit., 1 położnej i 1 pracownika fizycznego. Z chwilą jak dojdziemy do tej obsady dojdzie jeszcze do zakresu pracy Ośr. Zdr. okręg. zapewnienie pomocy lekarsko-pielęgniarsko-położniczej, obłożnie chorym w domu, z równoczesnym pełnieniem dyżurów w Ośr. Zdr. dla niesienia pomocy doraźnej w nagłych wypadkach.

Jednak taki Ośr. Zdrowia nie może dać wszechstronnej pomocy specjalistycznej chorym. Należałoby więc stworzyć coś pośredniego, między szpitalem a Ośr. Zdr. okręgowym, gdzieby każdy mógł znaleźć poradę specjalistyczną, jakiej ze względu na ograniczone możliwości i ograniczone zaopatrzenie w sprzęt pomocniczo - diagnostyczny nie może uzyskać w Okręg. Ośr. Zdr.

Takim punktem węzłowym jest Ośr. Zdr. Obwodowy (w miejscu siedziby powiatu i szpitala).

Ośrodek ten tzw. specjalistyczny jest Ośrodkiem uzupełniającym i nadzorującym Okr. Ośr. Zdr. w całym powiecie.

W miastach powiatowych i wydzielonych powyżej 10—15.000 mieszkańców powinny być 2 Ośr. Zdrowia, jeden typu okręgowego dla mieszkańców danego miasta czy dzielnicy i 2-gi Obwodowy specjalistyczny, dla chorych kierowanych przez Ośr. Zdr. Okręgowe do badań specjalistycznych.

Projekt organizacji Społecznej Służby Zdrowia przewiduje w przyszłości 1 Ośr. Zdr. typu obwodowego, specjalistycznego, na około 60.000 mieszkańców i 1 Ośr. Zdr. typu okręgowego na około 10.000 mieszkańców.

Ośr. Zdr. Obwodowy, specjalistyczny, powinien mieć przede wszystkim wszelkie pomoce, niedostępne szerszemu ogółowi prywatnych lekarzy, jak np. aparat Rtg., laboratorium analityczne, aparaty odmowe, aparaty do elektro- i światłolecznictwa, przyrządy do gimnastyki leczniczej, bibliotekę fachową itp.

Ośrodek Zdrowia Obwod. prowadzi przychodnie ogólne specjalistyczne, dla całego powiatu, dla chorych kierowanych przez lekarzy z Ośrodków Okręgowych, a to:

w ramach przych. ogólnej a) przych. dla chorób wewn.

b) przychodnię dla chorych dzieci,
c) przychodnię dla chorych na choroby kobiece,
d) przychodnię dla chorych chirurgicznych,
e) przychodnię dla chorych ocznych.

Ponadto:

1) Poradnię dla matki i niemowląt,
2) „ dla dzieci i młodzieży szkolnej,
3) „ p-gruźliczą,
4) „ skórno-weneryczną,
5) „ przychodnię okulistyczną,
6) biuro sanitarne,
7) kartotekę rodzinną,
8) kuchnię mleczną,
9) nadzór nad higieną szkół i zakładów pracy.

Lekarz pediatra, jako kierownik poradni dla dzieci i młodzieży szkolnej, powinien być równocześnie lekarzem szkolnym i koncentrować w swym ręku całokształt opieki higieniczno-lekarskiej nad dzieckiem szkolnym i młodzieżą współpracując z władzami szkolnymi i administracyjnymi w swoim rejonie, tak samo kierownik poradni Opieki nad Matką i Niemowlęciem w swoim zakresie.

Lekarz ftizjolog powiatowy (kierownik poradni p-gruźliczej) kieruje akcją walki z gruźlicą na terenie działania obwodowego Ośr. Zdr. Należą do niego również sprawy kierowań do sanatoriów, prewentoriów, izolatoriów, pod nadzorem jednak i w porozumieniu z Centr. Poradnią P-gruźliczą.

To samo dotyczy kierownika poradni skórno-wenerycznej w jego zakresie.

Jednym słowem kierownicy przychodni i poradni specjalistycznych, na szczeblu obwodowym, będą fachowymi przełożonymi personelu okręgowych (dzielnicowych) Ośr. Zdr. Każdy w swoim zakresie, otrzymując instrukcje od poszczególnych referatów Wojew. Wydz. Zdrowia.

Tak pomyślany Obwodowy Ośr. Zdrowia będzie ogniwem pośrednim i filtrem II rzędu, chorych kierowanych przez Ośr. okręgowe do zakładów leczn. za wyjątkiem wypadków nagłych kierowanych bezpośrednio do szpitali. Ośr. Zdr. Obw. powinien być stale w ścisłej łączności ze szpitalem i w oparciu o niego, a z biegiem czasu żaden chory (poza wypadkiem nagłym) nie będzie mógł być przyjętym do szpitala, bez przejścia poprzez Ośr. Zdr. obwodowy czy okręgowy i odwrotnie, po wypisaniu danego chorego ze szpitala, zawiadomienie o stanie chorego powinno być wysłane do Ośr. Zdr. tego, który go skierował względnie w rejonie którego mieszka, by w ten sposób ciągłość opieki, zwłaszcza poszpitalnej była postawiona jako najważniejszy obecnie dalszy ciąg opieki otwartej, by, jak to się normalnie dzieje, nie zrywać kontaktu z chorym, z chwilą wysłania go do szpitala.

Te więc Ośrodki Zdrowia Obwodowe (narazie w miastach powiatowych) będą więc ogniwem węzłowym, do których wszystkie inne Ośr. Zdr. okręgowe będą mogły kierować wątpliwe przypadki wymagające specjalistycznej porady względnie leczenia, a nie wymagający interwencji szpitala. Wyposażenie Ośr. Zdr. powiatowych jest właściwie mówiąc ukończone, za wyjątkiem 2 ch powiatów, którym ze względu na brak pomieszczenia sprzętu nie przydzielono.

Mamy więc w każdym Ośr. Zdr. Obw. aparat Rtg., aparat odmowy, laboratorium wraz z siłą pomocniczo-fachową, oraz mikroskop z immersją. Jest to to, do czego zdążał Wydział Zdrowia w 1947 r. i cel ten osiągnął.

Obecnie chodzi tylko o usprawnienie działalności i stworzenie z Ośrodka Zdrowia Obwodowego węzła specjalistycznego dla powiatu. Do tego, ze względu na brak lekarzy w terenie, należy współpracować ściśle ze szpitalem miejscowym, przez wciągnięcie lekarzy szpitalnych do prac w oznaczonych godzinach w Ośr. Zdrowia, wyznaczając im w ramach przychodni ogólnych i poradni specjalistyczno-społecznych, godziny ściśle specjalistyczne.

Będzie to dla nich dodatkowym płatnym zajęciem, zwiąże ściślej Ośr. Zdr. ze Szpitalem, odciąży laboratorium szpitalne i aparat Rtg. oraz ochroni szpital przed ewentualnym wniesieniem infekcji z zewnątrz drogą przez zniesienie ambulatoriów szpitalnych, które, mimo zarządzeń i ogłoszeń o ich zlikwidowaniu, w dalszym ciągu istnieją, chorzy wyczekują nadal w korytarzach na moment ich przyjęcia.

Wiem napewno, iż spotkam się tu ze zdaniem często słyszanym w czasie bytności mej w terenie, iż Ośrodki Zdrowia nie przyjmą się, bo ludność nie ma do nich zaufania.

Przyczyna nie leży tu w samej idei Ośr. Zdr. względnie w organizacji, lecz, powiedzmy sobie prawdę, leży ona w nas samych, to znaczy w lekarzach. Obserwując lekarzy pracujących w terenie, nie powiem, aby wszyscy mieli jednakowe podejście do chorych tak w swoim gabinecie prywatnym, a w Ośr. Zdr. czy innym ambulatorium

— i tam gdzie niema tej zasadniczej różnicy, tj. dwoistości badania, tam Ośr. Zdr. te cieszą się znaczną frekwencją, inaczej wyglądają, widać porządek, rękę gospodarza, wszyscy o nim wiedzą i znają miejsce, gdzie się znajduje.

Racjonalnego lecznictwa otwartego nie można sobie wyobrazić, bez równoczesnej akcji higieniczno-sanitarnej, zmierzającej do podniesienia zdrowotności kraju. Najwięcej w tej akcji powinni tu być zainteresowani lekarze — jednak muszę stwierdzić — niestety — że świat lekarski nie bardzo chętnie garnie się do pracy w zakresie higieny i medycyny społecznej. Wolą poświęcać się lecznictwu, gdyż to daje im realne rezultaty. Ogólne nastawienie lekarzy do medycyny społecznej jest raczej negatywne, a większość Ośr. Zdr. funkcjonuje bardzo źle. Składa się na to wiele przyczyn, najważniejszą, to brak personelu wykwalifikowanego pomocniczo-lek., a tam gdzie on nawet i jest mało zajmuje się akcją społeczno-profilaktyczną, gdyż brak tak z jednej strony przykładu kierownika Ośr. Zdr., jak i zainteresowania się pracą pielęgniarską, o czym świadczą wyniki lustracji i przeglądy kart rejestracyjnych.

Jak widać z powyższego, rola pracy pielęgniarki (wywiad społeczno-pielęgniarski) jest niedoceniana nie tylko przez personel kierowniczo-lek. — czy wykonawczy, ale i przez samorządy.

Wywiad społeczny jest jedną z zasadniczych cech pracy Ośr. Zdrowia. Daje on możność wykrycia ognisk chorobowych w terenie, powoduje skontaktowanie się osób podejrzanych z otoczenia chorego z Ośr. Zdr. wykrywając i eliminując chorych we wczesnym okresie rozwoju choroby, co w następstwie ułatwia leczenie.

Kontakt ten Ośr. Zdr. z terenem wpływa dodatnio na podniesienie warunków higienicznych otoczenia chorego oraz drogą częstych odwiedzin pielęgniarek wytwarza więź wzajemnego zrozumienia i zaufania.

Jak sprawa ta wygląda w terenie, lepiej nie poruszać jeszcze tego tematu, a postawić sobie za cel na rok 1948 usprawnienie wywiadu społeczno-pielęgniarskiego w każdym Ośr. Zdr.

Tutaj zwracam się do przedstawicieli samorządów z apelem o współpracę. Znamy dobrze obecne bolączki — i przyczyny tego stanu. Jedną z zasadniczych jest brak personelu pielęgniarskiego. Lecz rok 1948 przyniesie pewną poprawę, mamy na terenie Wojew. 4 szkoły pielęgniarskie, wyjdą młode i pełne zapału nowe pielęgniarki. Jak zobaczymy z zestawienia, wolnych placówek jest dużo — ale czy samorządy powiatowe w planie budżetowym na rok 1948 przewidziały zwiększenie ilości pielęgniarek. — Nie — tkwi w dalszym ciągu w większości budżetów cyfra 1 pielęgniarka, tak dla Ośr. Zdr. okręgowego, jak nawet i powiatowego. — Zapytuję więc, czy ta jedna pielęgniarka jest w możności prowadzić rejestrację chorych, administrację Ośr. Zdr., wykonywać zabiegi lekarskie zlecone przez lekarza i przeprowadzać wywiady w terenie.

Okres gospodarki bezplanowej się skończył — w tym jednak zakresie, na podstawie przejrzanych budżetów P. Z. S. na rok 1948, brak planowości, oraz zainteresowania się podniesieniem poziomu fachowego Ośr. Zdr., które to instytucje wraz ze szpitalami tworzą dwa główne filary, na których wspierać się będzie Społeczna Organizacja Służby Zdrowia.

Na zakończenie chciałbym słów parę poświęcić sprawom finansowo-gospodarczym Ośrodka Zdrowia. Przeglądając budżety poszczególnych P. Z. S, stwierdziłem tak różne pozycje przeznaczone na Ośr. Zdr., że zadawałem sobie pytanie — czy jesteśmy ludźmi realnymi!

Rozbijmy więc budżet Ośr. Zdr. pod względem wydatków na „osobowe i rzeczowe". Ustalenie budżetu osobowego przy okólniku Min. Zdr. Nr 32/47 z dnia 5. VIII. 47 r., podającego tabelę płac dla personelu fachowego Służby Zdrowia, nie nastręcza trudności, chodzi tylko o ustalenie ilości godzin pracy dziennie. Otóż w 80% budżetów Powiatowego Związku Samorząd. na rok 1948 okólnik ten nie był brany pod uwagę, jak również nie określono ilości godzin pracy dziennie, które to ustalenie jest podstawą do wszelkich obliczeń.

W żadnym budżecie P. Z. S. jak już zaznaczyłem, nie przewidywało się zwiększenia personelu fachowego, a więc nie pomyślano o zwiększeniu kontaktu z terenem, przez przewidywane zwiększenie ilości pielęgniarek. W niektórych Ośr. Zdr. przewidziano zaledwie 4—5 godzin dziennie pracy pielęgniarek, co już absolutnie świadczy o braku zrozumienia akcji, do jakiej Ośrodek Zdrowia jest powołany. Przecież pielęgniarka ma znacznie ważniejszą rolę w terenie, zbierając wywiady i nawiązując kontakt ze środowiskiem chorego, aniżeli w samym Ośr. Zdr. i nawet Min. Zdr. ogromną kładzie wagę na to zagadnienie, wstawiając do budżetu na rok 1948 premie dla pielęgniarek za wywiady, chcąc w ten sposób nakłonić pielęgniarki do częstszych odwiedzin, zdając sobie sprawę, że przez codzienną styczność pielęgniarki z ludnością w terenie wytwarza się więź wzajemnego zrozumienia.

Dyskusja

Dr Puskarczyk, Olkusz, oznajmia, iż niesłusznym jest zarzut Dr Głodzika w sprawie małego uspołecznienia lekarzy. Lekarzy na prowincji jest mało, pracy mają wiele, a muszą się zająć jeszcze i medycyną społeczną, trudno im jest więc podołać zadaniom.

Dr Runge, Brzesko, krytykuje budżet ośrodka zdrowia podany na wywieszonej tablicy, a szczególnie zastanawiają go pozycje dochodów. Ośrodek zdrowia ma trudności w zawieraniu umów z organizacjami społecznymi, jak np. Samopomoc Chłopska, która twierdzi, iż nie będzie zawierała umów, gdyż i tak jej członkom przysługuje bezpłatna pomoc lekarska.

Dr Issajewicz, Kobierzyn, jest zdania, że powinny być przy ośrodkach zdrowia poradnie psychiatryczne, które kierowałyby chorych do szpitala i miałyby kontrolę nad chorymi opuszczającymi szpital psychiatryczny.

Dr S z u m s k i, M y ś l e n i c e, podkreśla, iż wśród lekarzy niema złego nastawienia, jest tylko przeciążenie pracą. Wszyscy lekarze mają chęć do pracy i mimo codziennych ciężkich trudności czynią wszelkie możliwe starania, aby całą pracę wykonać.

Dyr. Dr G r y n b e r g wygłasza następujące przemówienie:

„Proszę Kolegów! Miałem zamiar również przy temacie ośrodków zdrowia mówić nie na temat tego, co już jest powiedziane w najrozmaitszych okólnikach Ministerstwa Zdrowia, ale o tym, co jest w projekcie, aby perspektywy centrali były znane kierownikom poszczególnych szpitali i ośrodków zdrowia. Muszę tutaj wrócić do pewnych założeń, o których mówiłem w roku ubiegłym. W naszej organizacji Służby Zdrowia są pewne podstawowe zasady, które powinny już stać się własnością każdego organizatora Służby Zdrowia, a nim jest przede wszystkim lekarz powiatowy. Trzeba przesunąć lekarzy powiatowych z funkcji „policyjnych" na funkcje administracyjno-organizacyjne.

Nasze zasady są następujące: 1) Formą progresywną organizacji Służby Zdrowia jest zespołowy warsztat pracy w odróżnieniu od indywidualnej pracy lekarza, którego typem jest chałupniczo pracujący lekarz w swoim gabinecie prywatnym. Zespołowe zakłady pracy są to mniej lub bardziej przystosowane budynki, mniej lub więcej uzbrojone, w których pracuje taki, czy inny, nawet prymitywny zespół. Ta zasada powinna być przyjęta w Służbie Zdrowia wśród zatrudnionych osób i dla wszystkich jasną i my tą drogą będziemy szli, bez względu, czy ten byt będzie lepszy, czy gorszy, bo taka jest linia rozwojowa Służby Zdrowia. W roku 1945 na zjeździe lekarzy powiatowych okrzyknięto, że propaguję miazmaty wschodu w postaci poliklinik — było to nierozumne demagogiczne pokrzykiwanie terenu, a przecież niemożliwym jest, aby lekarz sam zdołał wszystko załatwić przy jako takim poziomie wiedzy lekarskiej.

2) Drugą zasadą jest łączenie lecznictwa z profilaktyką, polegającą na tym, iż przy współczesnym stanie wiedzy lekarskiej nie wolno odłączać lecznictwa od profilaktyki. Może nie będzie to przekonywującym argumentem, jeżeli powiem, że w konstytucji Związku Radzieckiego jest powiedziane, iż Służba Zdrowia ma za zadanie przede wszystkim zapewnić zapobieganie chorobom. Ta sprawa jest dla nas lekarzy szczególnie ważna i będziemy jej bezwzględnie bronili.

3) Trzecią zasadą jest to, iż zespołowe warsztaty pracy łączące lecznictwo z profilaktyką muszą obejmować cały teren i że nie można wyodrębniać pewnych jednostek, czy grup społecznych. Duże zastosowanie w tej dziedzinie ma wywiad społeczny.

4) Czwartą zasadą jest sprawa, iż nie można pozostawić jakiegokolwiek warsztatu pracy, gdziekolwiek się on znajduje bez kontroli i nadzoru ,bo każdy człowiek jest omylny i może robić błędy. Również praca lekarza musi być kontrolowana zarówno fachowo, jak i społecznie, a nie będzie ona mogła być kontrolowana, jeżeli będzie się odbywać w prywatnym gabinecie lekarza. Otwarta pomoc lekarska także będzie objęta fachowym i społecznym nadzorem.

5) Ostatnim zagadnieniem jest dalszy rozwój tych myśli, które przepracowaliśmy, jak sobie wyobrażamy dalszy rozwój przyjętych przez nas zasad. Przedpołudniem mówiłem o zagadnieniu sieci i struktury szpitalnictwa, to samo dotyczy również otwartej pomocy lekarskiej i zrozumienia tego zagadnienia będziemy się domagać od kierowników ośrodków zdrowia.

W roku bieżącym rozpoczynamy planową gospodarkę Służby Zdrowia i w tym celu będą powołane specjalne Komisje Planowania. Na stopniu Ministerstwa jest już powołana taka komisja planowania. Każdy Departament w Ministerstwie ma swego referenta planowania i każdy Wydział Zdrowia będzie musiał w niedługim czasie powołać swego referenta. Tylko planowanie może rozwiązać bolączkę planowego rozmieszczenia personelu lekarskiego. W Ministerstwie Zdrowia powstaje założenie zorganizowania planowej sieci otwartej pomocy lekarskiej, która ma objąć cały teren Rzeczypospolitej. Założenie to zostanie rozpracowane na poszczególnych odcinkach, przesłane Naczelnikom Woj. Wydziałów Zdrowia, ci rozpracują zagadnienie w dalszych szczegółach i następnie prześlą do lekarzy powiatowych. Na podstawie tych ogólnych założeń lekarze powiatowi zaprojektują sieć w swych powiatach, projekty te wrócą do Woj. Wydziałów Zdrowia, skąd skorygowane przyjdą do Ministerstwa. Ministerstwo opracuje wtedy program w stosunku do potrzeb całego kraju i prześle już gotowy plan akcji otwartej pomocy lekarskiej na teren całego Państwa. Ten okres czasu od momentu wyjścia założeń planu do momentu przyjścia z powrotem do Ministerstwa nazywamy harmonogramem i jest to okres czasu zużyty na przygotowywanie planu, potem następuje harmonogram drugi, czyli okres czasu potrzebny na wykonanie planu. Część Kolegów służyła zapewne jako lekarze w wojsku i ażeby to, co powiedziałem lepiej sobie uzmysłowić, możnaby porównać do operacji wojskowych. Sztab główny opracowuje plan bojowy i odsyła do jednostek, które rozpracowują go odcinkowo i odsyłają z powrotem. Sztab główny przegląda plany, ew. koryguje i już jako rozkaz akcji przesyła do wykonania.

Powszechnym zadaniem będzie rozplanowanie sieci pod kątem widzenia tych 5-ciu zasad, o których mówiłem. O zagadnieniach strukturalnych ośrodków zdrowia mówił już Kol. Głodzik. Na tle tej sieci i tej struktury, która ma być przedmiotem zaplanowania, a potem wykonania, dopiero na tej kanwie będzie realizowany ściśle określony program w zakresie planu działalności.

Jasnym jest, że rozliczność instytucji, istniejących w terenie pomnażana jest przez ilość lekarzy, z których każdy prowadzi w zupełnie dowolny sposób swoją pracę. Jeżeli Anglia pozwala sobie na leczenie bezprogramowe, to my nie możemy sobie

na to pozwolić. W sprawach chorób wenerycznych wydaliśmy już program ich zwalczania i będziemy go ściśle realizować, a będzie nam go łatwiej realizować, gdy będzie odpowiednia struktura i sieć otwartej pomocy lekarskiej.

Chciałbym podkreślić zagadnienie dynamizmu na odcinku otwartej pomocy lekarskiej, które jest bardzo ważne, gdyż nie trzeba trzymać się suchych form, a iść z życiem naprzód.

Na zakończenie chciałbym jeszcze jedną sprawę szczególnie położyć na sercu tym Kolegom, którzy pracują na terenach przemysłowych. Tereny przemysłowe nasuwają nam zastrzeżenia co do ścisłości, terenowości służby zdrowia. Organizowaliśmy dotychczas otwartą pomoc lekarską przy braku planowego rozsiedlenia lekarzy organizując służbę zdrowia na wsi, jednak dalej nie będziemy się tym torem posuwać. Obecnie mamy przeszło 1.000 ośrodków zdrowia i na marginesie chcę zaznaczyć, iż te ośrodki są słabe, jeżeli w tej chwili frekwencja okręgowego ośrodka zdrowia wynosi 20 pacjentów dziennie, a może być znacznie większa. Koledzy zaplanują sobie sieć i strukturę i może obsadę personalną. Dopóki tego nie zrobimy, planowe rozmieszczenie lekarzy na poszczególnych placówkach będzie niemożliwe. W wielkich miastach niema lekarza, któryby nie pracował w jakiejś instytucji społecznej Służby Zdrowia.

Wracając do tematu, o którym zaczęliśmy mówić — zasady odstępstwa od terenowości — to tylko na terenach przemysłowych stosuje się zasadę terenowości. Polega ona na tym, że przy wielkich zakładach przemysłowych, które zatrudniają większą ilość personelu (od 1.000 robotników) muszą powstać fabryczne lub przyfabryczne ośrodki zdrowia. W tej chwili jest zatrudnionych około 1.100 lekarzy fabrycznych, którzy pracują zależnie od własnego widzimisię, bez jakiegokolwiek współdziałania ze społeczną Służbą Zdrowia, nie wypełniając nawet funkcji, które na nich nakłada obowiązek. Sprawa ta musi być uregulowana. Ośrodek przyfabryczny powinien przede wszystkim prowadzić poradnię ogólną i poradnię higieny pracy. W każdym razie sprawa organizacji przyfabrycznych ośrodków zdrowia zamiast instytucji lekarzy fabrycznych jest już w opracowaniu.

Jak będzie wyglądała sprawa planowego rozmieszczenia lekarzy? Po określeniu sieci i struktury zarówno zamkniętej, jak i otwartej pomocy lekarskiej, nastąpi odpowiednia obsada tych placówek i Koledzy będą musieli zrobić odpowiednią selekcję. Jedni lekarze pozostaną na dawnym terenie, drudzy zaś, których będzie zbyt wielu będą musieli odpłynąć na inne placówki, gdzie będzie deficyt. Określenie sieci i struktury powinno być zakończone w sierpniu br., a następnie realizacja planów sieci i struktury zarówno zamkniętej, jak i otwartej pomocy lekarskiej będzie trwała około 9-ciu miesięcy i po tym okresie będą już Koledzy wiedzieli, kto z lekarzy pozostaje na danym terenie. Naturalnie trzeba będzie także wiedzieć, ilu lekarzy ma pracować w Ubezpieczalniach Społ., Kolejowej Sł. Zdrowia itp. Koledzy to wszystko przewidzą i prześlą wnioski do Ministerstwa, a potem wyjdzie nakaz, że lekarze niepotrzebni na danym terenie, którzy nie zajmą nowej wskazanej im placówki nie będą przesiedlani przymusowo, tylko np. odbierzemy im prawo praktyki lekarskiej na danym terenie. Będzie to raczej koncesjonowanie lekarzy, a nie przymus porzucenia dotychczasowego miejsca pobytu. Jeszcze raz podkreślam — nie doprowadzimy do planowego rozmieszczenia lekarzy bez określenia sieci i struktury. Na marginesie chcę powiedzieć, iż przewidzieliśmy dość znaczną sumę — 50.000 zł tzw. zasiłku osiedleńczego dla każdego lekarza, który osiedla się na nowym miejscu. Pielęgniarki, położne oraz inny fachowy personel pomocniczy otrzyma zł 300.000 na tych samych warunkach".

Dr Szumski, Myślenice, zapytuje, jak zorganizować poradnię ogólną i czy prowadzić wszystkie poradnie specjalistyczne w ośrodkach zdrowia.

Dr Czapnicki, Kraków U. S., podkreśla, iż Ubezpieczalnia Społeczna już w r. 1946 występowała przeciwko systemowi lekarzy domowych i wprowadziła ośrodek zdrowia, aby lecznictwo mogło płynąć jednym torem. Dr Czapnicki popiera wniosek planowego rozsiedlenia lekarzy, zaznaczając, iż należałoby także zrobić coś w tej sprawie doraźnie. Np. w Sławkowie pow. Olkuskiego już od 2-ch lat niema lekarza.

Dr Głuski, Chrzanów, zapytuje, jak będzie się przedstawiać kwestia koordynacji pracy ośrodków przemysłowych, planowanych przez państwową Służbę Zdrowia z pracą ośrodków zdrowia Ubezp. Społ.

Dr Puskarczyk zaznacza, iż istnieją trudności mieszkaniowe przy osiedlaniu się lekarzy.

STANISŁAW HORNUNG

Walka z gruźlicą na terenie Województwa Krakowskiego w roku 1948.

Plan zwalczania gruźlicy na terenie Polski na rok 1948 przedstawiony przez Naczelnika Wydziału Ministerstwa Zdrowia Dr Goreckiego w grudniu 1947 przewiduje szereg ważnych poczynań, a opiera się na budżecie wynoszącym 1.200.000.000 zł. Starania będą szły w kierunku ujednolicenia akcji i uzyskania z innych Ministerstw i resortów funduszów do dyspozycji centralnej komórki, kierującej całością tej akcji na terenie państwa. Bezpośrednio w terenie akcją kierować będą Centralne Wojewódzkie Poradnie Przeciwgruźlicze. W r. 1948 ma być powołanych do życia 14 takich Poradni.

Na terenie Województwa Krakowskiego istnieje już od końca roku 1946 Centralna Wojewódzka Poradnia z ruchomą kolumną. W roku 1948 Poradnia ta rozwinie wszystkie działy swej pracy. Przewidziane jest uruchomienie aparatu do masowych zdjęć rentgenowskich z ekranu. Masowe badania radiologiczne będą znacznie rozszerzone i obejmą w pierwszym rzędzie dziecięce zakłady zamknięte, szkoły, poborowych, nauczycieli i inne

grupy ludności. Szczególna uwaga będzie zwrócona na ludność wiejską.

Podkreślić należy znaczny udział finansowy Samorządu Wojewódzkiego w utrzymaniu Poradni.

Stan poradni powiatowych, obwodowych i okręgowych na terenie województwa pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Najpilniejszym zadaniem będzie wyposażenie wszystkich powiatowych poradni w aparaty rentgenowskie i zapewnienie im odpowiednio przygotowanych lekarzy. Za niezmiernie ważny moment uważamy również powiązanie pracy poradni z oddziałem szpitalnym dla gruźlicy. Każda poradnia powiatowa winna posiadać do swej dyspozycji pewną ilość łóżek, obsługiwanych przez tego samego lekarza. Starania będą szły w kierunku wykorzystania w pierwszym rzędzie istniejących oddziałów zakaźnych szpitali powiatowych. Tam gdzie oddziały są małe należy tworzyć zakłady o typie izolatoriów i przystosowywać do tego celu ośrodki poparcelacyjne względnie inne pomieszczenia.

Na terenie województwa daje się szczególnie w ostatnich czasach odczuć wielki brak łóżek sanatoryjnych, szpitalnych i izolacyjnych. Zaradzi temu częściowo otwarcie Sanatorium „Odrodzenie“ w Zakopanem, prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia na 140 łóżek, Sanatorium „Caritas“ w Zakopanem na 60 łóżek, Sanatorium w Bulowicach, powiat Biała Krakowska, organizowanego przez Samorząd Wojewódzki w resztówce poparcelacyjnej — na 120 łóżek. Zaznaczyć należy, iż w 1947 roku zorganizowano w Komorowicach, pow. Biała Krakowska, Zakład Przeciwgruźliczy częściowo o typie izolatorium, prowadzony przez Związek „Caritas“. W roku 1948 powstaną przy Szpitalach w Brzesku i Makowie Podhalańskim większe oddziały szpitalne dla chorych na gruźlicę przy wydatnym poparciu finansowym Ministerstwa Zdrowia.

Najważniejszą przeszkodę w akcji przeciwgruźliczej stanowi brak lekarzy chętnych i przygotowanych do jej prowadzenia. W pewnej ograniczonej mierze zaradzą temu kursy dokształcające finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, organizowane przez Wojewódzki Wydział Zdrowia i Wydział Lekarski U. J. W programie jest organizowanie 7-mio tygodniowego kursu dla lekarzy z zakresu ftizjologii oraz 3-tygodniowego kursu radiologii dla lekarzy Poradni Przeciwgruźliczych. Ponadto Ministerstwo Zdrowia przyrzekło udzielić z funduszów na walkę z gruźlicą szereg zasiłków naukowych dla studentów medycyny, którzy wyrażą chęć pracowania po ukończeniu studiów w instytucjach przeciwgruźliczych.

W poradniach przeciwgruźliczych jest wielki brak pielęgniarek. Zaradzić temu mają cztery szkoły pielęgniarskie istniejące na terenie województwa. Tymczasem należy zatrudniać w poradniach niekwalifikowane siły, jak rejestratorki, sekretarki itp., by w ten sposób odciążyć kwalifikowane siły.

Niemałe znaczenie w akcji przeciwgruźliczej ma propaganda przeciwgruźlicza. Wzmożenie akcji na tym odcinku jest bardzo na czasie. W każdym powiecie powinny powstać oddziały Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Dnie przeciwgruźlicze zorganizowane po raz pierwszy po wojnie w grudniu 1947 roku wywołały bardzo znaczne zainteresowanie szerokich warstw społeczeństwa sprawami gruźlicy.

Jednym z zadań na rok 1948 jest nawiązanie ścisłej łączności rządowych i samorządowych instytucji przeciwgruźliczych, w szczególności poradni, z Ubezpieczalniami Społecznymi.

Osobny dział pracy stanowi akcja przeciwgruźlicza wśród młodzieży akademickiej, kierowana przez Prof. Tochowicza. W roku 1948 ma być uruchomione prowizorium domu posanatoryjnego (Sanatorium Nocne) dla studentów w Krakowie. Ma się również przystąpić do realizacji stałego Sanatorium Nocnego obliczonego na 120 studentów, w zniszczonym obecnie budynku przy ul. Szlak. Ministerstwo Zdrowia przyrzekło udzielenie znacznych kredytów na ten cel.

Zamierzone jest również uruchomienie Sanatorium Dziennego dla dzieci w wieku szkolnym, chorych na gruźlicę, w Parku Jordana w Krakowie.

Pożądaną rzeczą byłoby przygotowanie planów względnie nawet przystąpienie do realizacji Instytutu Przeciwgruźliczego w Krakowie, który miałby prowadzić pracę naukową i zajmować się kształceniem lekarzy i personelu pomocniczego w akcji przeciwgruźliczej.

Podkreślić należy, że we wszystkich akcjach na terenie Województwa Krakowskiego Wydział Walki z Gruźlicą Ministerstwa Zdrowia okazał bardzo wydatną pomoc finansową i przyrzeka ją w przyszłości nawet rozszerzyć. Wobec coraz bardziej aktywnej akcji w tym kierunku Samorządu Wojewódzkiego fundusze w roku 1948 będą wystarczające. Największy niepokój budzi brak lekarzy i pielęgniarek na tym, jednym z najważniejszych odcinków walki o zdrowie.

Dr J. NOWICKA

Komunikat w sprawie opieki nad matką i dzieckiem

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia o organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia wyraźnie i jasno stawia sprawę opieki nad matką i dzieckiem, jako jedno z najważniejszych zadań w działalności Ośrodków wychodząc z założenia, że zapobieganie chorobom skuteczniej przyczynia się do zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka. Między innymi Ośrodki Zdrowia spełniają częściowo tzw. opiekę otwartą, działając przez poradnie dla ciężarnych, poradnie dla niemowląt, poradnie przedszkolne i szkolne oraz kuchnie mleczne.

Na terenie województwa krakowskiego jest czynnych 47 poradni dla ciężarnych w Ośrodkach Zdrowia i 6 fabrycznych. Z poradni dla ciężarnych korzysta 1.770 kobiet, co jest znikomą liczbą w stosunku do ilości ciężarnych. Kobiety są za mało

uświadomione o korzyściach, jakie mogą odnieść z poradni.

Ważną akcją w opiece nad kobietą ciężarną jest zatrudnienie położnych gminnych, we wszystkich gminach. Obecnie jest 204 umówionych i brakuje jeszcze 27 położnych, by wszystkie gminy wiejskie i miejskie miały należytą pomoc położniczą. Opłacane one są jedynie z subwencji Ministerstwa Zdrowia po 3.000 zł miesięcznie, choć pobory ich powinny być większe i wypłacane przez samorządy powiatowe, które niestety nie wzięły na siebie pod tym względem żadnych zobowiązań. Osiedlenie położnych we wszystkich gminach zapewni bezpłatną pomoc przy porodach najuboższym kobietom. Głównym zadaniem tej akcji jest zwalczanie „babkarstwa", które utrzymuje się jeszcze nagminnie po wsiach i przyczynia się do dużej śmiertelności kobiet rodzących.

Przy Ośrodkach Zdrowia jest 64 poradni dla niemowląt i 14 fabrycznych, czyli razem 78. Objęte opieką jest 22.000 dzieci, co zaledwie stanowi 1/6 ilości dzieci do lat 3. W poradniach tych pracuje lekarzy-pediatrów 26 na 78 zatrudnionych. Rozszerzenie zakresu prac poradni może mieć korzystny wpływ na zmniejszenie śmiertelności niemowląt, która dotąd w Polsce wynosi jeszcze 18%. Na terenie Województwa Krakowskiego w roku 1938 wynosiła 13.2%, a w roku 1946 wynosi 14,4%. Najlepiej przedstawia się w mieście Krakowie dając 8,5%. W powiatach najniższa jest śmiertelność w powiecie chrzanowskim 9.1% i w nowotarskim 12%, a najwyższa w powiecie Dąbrowa Tarnowska, bo 19,6% a następnie w limanowskim i brzeskim po 18%.

Trudno jest wyjaśnić właściwą przyczynę tych znacznych różnic śmiertelności w różnych powiatach. Wydaje się jednak, że pozostaje to w związku z brakiem lekarzy, zwłaszcza pediatrów, oraz małą aktywnością poradni dla ciężarnych, jak i niemowląt. Z zagadnieniem śmiertelności do 1 r. życia wiąże się wysoka śmiertelność noworodków do 10 dni życia, która w niektórych powiatach wynosi 8,1% w stosunku do żywo urodzonych. Przyczyny jej szukać należy w braku opieki nad kobietą ciężarną, w jej nieuświadomieniu oraz w jej ciężkiej pracy zarobkowej i w nieodpowiednim żywieniu. Przekonywujące są spostrzeżenia angielskich lekarzy, że racjonalne przydziały żywności w czasie wojny z dodatkiem wapnia i stałej codziennej porcji mleka, przyczyniły się do spadku poronień oraz zmniejszenia śmiertelności noworodków do 10-tego dnia życia.

Dalszym etapem opieki nad noworodkiem jest tworzenie przy oddziałach położniczych w szpitalach sal dla osesków. Dotąd jest czynnych 120 łóżeczek, a w najbliższej przyszłości będzie ich 190.

Akcja zapobiegawczo-lecznicza jest częściowo rozwiązana na terenie województwa przez tworzenie prewentoriów. Są to zakłady lecznicze zamknięte, mając za zadanie leczenie dzieci zagrożonych gruźlicą, przy czym równocześnie prowadzi się naukę szkolną. Dotąd jest czynnych 10 prewentoriów na 580 miejsc, w okolicach podgórskich. W najbliższej przyszłości otwarte zostaną w Mianocicach pow. Miechów na 100 łóżek oraz w Szklarskiej Porębie dla 100 dzieci krakowskich. Dzieci kierowane do prewentoriów muszą być badane przez poradnie przeciwgruźlicze i to wszechstronnie a zwłaszcza radiologicznie i zaopatrzone w kartę prewentoryjną, która jest podstawą do przyjęcia. Zgłoszenia należy kierować do wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, skąd dzieci w miarę wolnych miejsc będą umieszczane w prewentoriach. Pierwszeństwo w przyjęciu mają sieroty i półsieroty z zakładów zamkniętych.

Wspomnę jeszcze o dożywianiu dzieci i kobiet karmiących przez Międzynarodowy nadzwyczajny Fundusz Dziecięcy. Dotąd rozdzielono mleka pełnego 13.403 puszek á ½ kg, mięsa konserwowego 8.380,70 kg, mleka chudego w proszku 18.466,96 kg oraz tłuszczu 3,483.70 kg. Podaje się dziecku i położnicy dodatek do codziennego odżywiania po 40 g mleka i mięsa oraz 6 g tłuszczu. Produkty te zostały rozprowadzone do zakładów leczniczych zamkniętych, gdzie są podawane w postaci gotowanego jadła. Akcja ta trwać będzie prawdopodobnie do roku następnego.

Program pracy na rok 1948 w zakresie opieki nad matką i dzieckiem a ustalony w grudniu roku ubiegłego na zjeździe w Warszawie jest następujący:

Zmierza się, aby podnieść poziom istniejących poradni dla ciężarnych i niemowląt i stopniowo zakładać nowe.

Dokłada się starań, aby we wszystkich powiatowych miastach oraz małych miasteczkach powstały poradnie przedszkolne i szkolne. Zwiększoną też zostanie ilość położnych gminnych.

Aby osiągnąć właściwy poziom w poradniach niemowlęcych należy dążyć, by zatrudnić lekarzy pediatrów, jeżeli dotąd nie biorą udziału w tej pracy. Należy też starać się, aby pozyskać pediatrów, zwłaszcza do miast powiatowych, gdyż poradnie niemowlęce prowadzone przede wszystkim przez nich osiągają właściwy poziom. Natomiast w poradniach, gdzie niema lekarzy pediatrów, konieczne jest wysyłanie lekarzy ogólnych na kursy pediatryczne 3-tygodniowe, które stale są organizowane przez Ministerstwo Zdrowia w Warszawie, w Łodzi i ostatnio we Wrocławiu.

W poradniach przedszkolnych i szkolnych już czynnych lub organizujących się powinni być również w miarę możliwości zatrudnieni lekarze pediatrzy prowadzący już poradnie dla niemowląt.

Spopularyzowanie i zainteresowanie poradniami szerszego ogółu może nastąpić przez zwiększenie propagandy za pomocą odczytów i pogadanek.

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia zaleca, aby w Ośrodkach obwodowych, gdzie pracuje jeden lekarz, poświęcić 3 razy w tygodniu po 2 godziny na prowadzenie poradni dla ciężarnych i niemowląt, niezależnie od przychodni ogólnej, gdzie chore dzieci mają być przyjmowane. Do poradni mają być przyjmowane wszystkie zgłaszające się kobiety i dzieci niezależnie od ich stanu majątkowego, bo poradnie nie są pomyślane jako instytucje tylko dla ubogich.

Mgr ST. ZUBRZYCKI

Komunikat referatu zaopatrzenia

Sprawy farmaceutyczne

Po myśli instrukcji Ministra Zdrowia z dnia 1. II. 1947 r. Ł. F. IV. 1023/151/47 § 13 ustęp 1, 2, 3, fachowa kontrola nad gospodarką rozprowadzonych w teren przez C. S. S. środków leczniczych i materiałów sanitarnych, należy do Wojewódzkich Inspektorów Farmaceutycznych, którzy dokonywują jej łącznie z lekarzem powiatowym, oraz z dyrektorem danego zakładu leczniczego.

Kotroli podlegają księgi:

a) przychodu i rozchodu środków leczniczych, tzw. księga apteczna prowadzona w myśl instrukcji tut. Urzędu z dnia 3. X. 1947 r., przy czym dowodami zaprzychodowania służą specyfikacje nadesłane przez C. S. S. łącznie z towarem przydzielonym danej instytucji, zgodnie z jej zapotrzebowaniem zaakceptowanym w myśl postanowień zawartych w § 7 instrukcji Ministra Zdrowia z dnia 1. II. 1947 r., ponadto wszelkie inne dowody zakupu.

b) książka narkotyczna prowadzona po myśli obowiązującej ustawy o środkach odurzających.

c) księga sprzętu sanitarnego prowadzona zgodnie z okólnikiem Ministerstwa Zdrowia Nr 8/46 z dnia 29. I. 1946 r. (Dz. Zdr. Nr 2, poz. 15).

Dowodami rozchodu każdej ilości są recepty lub zapotrzebowania ordynatorów, potwierdzone przez dyrektora lub upoważnionego na piśmie starszego ordynatora.

W związku z tym komunikuje się:

1) o należytym i bezwględnym przestrzeganiu instrukcji o sposobie prowadzenia ksiąg;

2) w instytucjach, które nie posiadają aptek, odpowiedzialnym za rozprowadzanie środków leczniczych czyni się kierownika instytucji z tytułu nadzoru nad racjonalną gospodarką środkami leczniczymi i innymi, w instytucjach natomiast, które posiadają apteki, odpowiedzialnością za prawidłową gospodarkę obciąża się kierownika apteki;

3) odnośnie środków odurzających, niedopuszczalnym jest sporządzanie recept złożonych narkotycznych, te należy odsyłać do apteki publicznej (dot. zakładów leczniczych, które nie posiadają aptek zakładowych) ponadto wszelkie dowody oryginalne przychodu i rozchodu przechowywać w książce narkotycznej.

Nadmienia się, że uchybienia gospodarcze substancjami i przetworami odurzającymi karane są sądownie aż do pozbawienia wykonywania zawodu włącznie. Artykuł 7, 8 i 9 Ustawy z dnia 22. VI. 1923 r. w przedmiocie substancji i przetworów odurzających (Dz. U. 72, poz. 559).

Odnośnie recept złożonych w ogólności, wykonywanie ich jest tylko dozwolone w zakładach leczniczych o własnych aptekach;

4) prowadzenie w szpitalach podręcznych aptek oddziałowych nie jest dopuszczalne, jedynie dozwolone jest posiadanie zapasu środków leczniczych na okres 3 dni, niezbędnych dla określonych chorych;

5) według instrukcji Ministerstwa Zdrowia z dnia 1. II. 1947 r. w przedmiocie sposobu rozdziału środków leczniczych i sprzętu sanitarnego ustala się:

a) zapotrzebowania winny instytucje wraz z żądanymi danymi (wzór 2 a i 2 b) składać do C. S. S. w dniu 1 miesiąca drugiego każdego krwartału, tj. 1. II., 1. V. itp. do dnia 20 miesiąca drugiego.

b) Po przeprowadzeniu związanych z tym formalności, instytucje obowiązane są od dnia 10 do końca miesiąca trzeciego każdego kwartału towary odebrać po uiszczeniu należności.

c) W wypadku ewentualnych rozbieżności w otrzymanych dostawach towarowych należy bezzwłocznie powiadomić tut. Urząd — Wydział Zdrowia. W książkach podawać jedynie stan faktyczny, zaś w rubryce „Uwaga“ zaznaczyć ewentualne niedokładności.

M. WILCZYŃSKA

Komunikat „Sprawy pielęgniarstwa“

Chciałabym powiedzieć kilka słów w sprawie, która w najbliższych dniach będzie aktualną, a mianowicie dekret z dnia 11. IV. 1947 r. wznowił egzaminy pielęgniarskie dla osób, które pracując w Służbie Zdrowia w charakterze pielęgniarek. były dotychczas bez egzaminu państwowego. — Trzeba, aby Panowie zapoznali się z Rozporządzeniem wykonawczym, które podane jest w Dz. U. Nr 70. My z urzędu podajemy pewne dane, które ukażą się w dzienniku wojewódzkim i chciałabym zwrócić uwagę na pewne podstawowe rzeczy, a mianowicie: do egzaminów pielęgniarskich mogą być dopuszczone osoby, które pracują 5 lat w szpitalu lub ośrodku zdrowia i mają ukończoną szkołę powszechną. Osoby te będą musiały przejść 2-miesięczne przeszkolenie, które będzie zorganizowane przez Urząd Wojewódzki i potem nastąpi egzamin. Wiemy, że dużo osób pracuje bez egzaminu i prosimy, aby Panowie się tą sprawą zajęli, a my ogłosimy przez radio i prasę, aby wszystkie osoby, których to zarządzenie dotyczy, zgłosiły się. Terminy egzaminów są bardzo skrócone i odbędą się tylko 4 egzaminy. Zainteresowane pielęgniarki winny składać podania do Urzędu Wojewódzkiego w pierwszym terminie do 1. II. br., gdyż pierwszy egzamin odbędzie się na wiosnę. Wpłynęło przeszło 100 podań i tymi osobami obsadzony zostanie pierwszy kurs przygotowawczy. Specjalne uwagi w sprawie egzaminów będą podane w Dzienniku Wojewódzkim.

Na tym zakończono pierwszy dzień Zjazdu.

Dzień 24 stycznia 1948 r.

Porządek dzienny.

1. Zagadnienia sanitarno-porządkowe, jako program akcji Oddziału Sanitarno-Epidemiologicznego na rok 1948 — Dr Westrych Feliks.

2. Koreferent Dr Bilek Mieczysław.

3. Dyskusja.

4. Akcja przeciwweneryczna w 1948 r. — Dr Capiński Zbigniew.

a) Choroby weneryczne jako zjawisko społeczne — Dr Capiński.

b) Zgłoszenie przypadków i źródeł zakażenia — Dr Capiński.

c) Nowoczesne leczenie kiły ze szczególnym uwzględnieniem penicyliny — Dr Lebioda.

d) Program zwalczania chorób wenerycznych w r. 1948 — Dr Capiński.

5. Dyskusja.

6. Zamknięcie zjazdu.

Dr med. FELIKS WESTRYCH

Zagadnienia sanitarno-porządkowe jako program akcji Oddziału Sanitarno-Epidemiologicznego na rok 1948

Zagadnienia sanitarno - porządkowe wysuwają się w roku bieżącym na czoło akcji Oddziału Sanitarno-Epidemiologicznego Wydziału Zdrowia. Działania wojenne, które dwukrotnie przeszły przez nasz kraj — długotrwała okupacja niemieckiego zaborcy — przyniosły za sobą nie licząc strat biologicznych narodu zniszczenie naszych miast i wsi, zubożenie ogółu ludności, zniszczenie urządzeń sanitarnych. Wysiłki Sanitariatu Polskiegoześrodkowane były w latach 1945—1947 w zwalczaniu epidemii chorób ostro-zakaźnych, które bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych na terenie naszego kraju swoim nasileniem i sprzyjającymi warunkami groziły nieobliczalną klęską. Doceniając w całej pełni ważność zagadnienia walki z epidemiami stworzył Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego jesienią 1944 roku w Lublinie Nadzwyczajny Komitet do Walki z Epidemiami, który równolegle z ofenzywą mającą przynieść wyzwolenie kraju, ruszył z ofenzywą przeciw epidemiom. Wyszkolone kadry lekarzy i pomocniczy personel sanitarny zaopatrzony w uprzednio przygotowany sprzęt, wyposażony w środki — ruszały w ślad za armią do walki z chorobami zakaźnymi. Dziś w czwartym roku naszej pracy możemy powiedzieć, że epidemie ostrych chorób zakaźnych, groźnych dla kraju — wygasły. Nasilenie chorób zakaźnych jest zbliżone w większości do cyfr przedwojennych a nawet i niższe.

Dur plamisty.

W roku 1945 na terenie 16 powiatów wchodzących dziś w skład Województwa Krakowskiego zarejestrowano 925 przypadków duru plamistego, 82 zgony. W roku 1946 zarejestrowano już tylko 246 przypadków, zgonów 17. W roku 1947 ilość przypadków wynosi zaledwie 76 a zgonów 4. Zapadalność obliczona na 10.000 mieszkańców spada z 4,2 w r. 1945 i 1,1 w r. 1946 do 0,03 w r. 1947. W 7 powiatach województwa w roku ubiegłym nie zanotowano ani jednego przypadku duru plamistego.

Dur plamisty.

R. 1945			R. 1946			R. 1947			R. 1938	
zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.
925	82	4,2	246	17	1,1	76	4	0,03	96	11

W ostatnich sześciu miesiącach staje się dur plamisty rzadkością, występuje w sporadycznych przypadkach, przy niedającym się ustalić źródle zakażenia. Te niewyjaśnione przypadki występujące odosobniono, bez tendencji do rozszerzania się, stanowią dziś zagadkę epidemiologiczną, domagającą się wyjaśnienia. Prace nad tym zagadnieniem podejmie w roku bieżącym Instytut Prof. Weigla wespół z Oddziałem Sanitarno-Epidemiologicznym.

Dur brzuszny.

Ostatnia wojna spowodowała w Europie Zachodniej znaczną epidemię duru brzusznego, która ogarnęła w roku 1946 całą Polskę, zwłaszcza jej dzielnice północne i zachodnie. W okresie sezonu dla duru brzusznego zanotowano w roku 1945 przeszło 10-krotny wzrost zachorowań w porównaniu do okresu przedwojennego. Już jednak w roku 1946 spadek zachorowań na dur brzuszny wynosi w Polsce ok. 60% (81.850 przypadków w r. 1945, 33,423 w r. 1946, a w roku 1947 37%), w r. 1947 zarejestrowano ok. 11.000 przypadków. W województwie Krakowskim rejestrowano w roku 1945 2.457 przypadków duru brzusznego i 134 zgony, w roku 1946 — 982 i 68 zgonów a w roku 1947 — 577 i 38 zgonów. Zapadalność obliczona na 10.000 mieszkańców wynosi w roku 1945 w wojew.Krakowskim 12.1, w roku 1946 spadła do 3,7 a w roku 1947 osiągnęła cyfrę 2,2, która jest o połowę niższa od cyfry z roku 1939 (4,78).

R. 1945			R 1946			R. 1947			R. 1938	
zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.
2.457	134	12.1	982	68	3,7	577	38	2,2	898	93

Wpływ akcji szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu na przebieg epidemii duru brzusznego w Polsce w latach 1945—1947 przedstawia w bardzo ciekawej pracy Dr Ratner, naczelnik Wydziału akcji p/epidemicznej Ministerstwa Zdrowia. Ratner posegregował województwa na dwie grupy w zależności od procentu zaszczepionej ludności. W grupie pierwszej, liczącej 7 województw o ludności liczącej około 10 milionów (Olsztyńskie, Szczecińskie, Gdańskie, Pomorskie, Wrocławskie, Śl. Dąbrowskie, Poznańskie), gdzie średni odsetek zaszczepionych wynosił w roku 1945 16.5% a w roku 1946 i 1947 ok. 50% w stosunku do ogółu mieszkańców wynosiła zapadalność w roku 1945 — 55,1, w roku 1946 — 22,5 a w roku 1947 — 5,4. Spadek zapadalności wynosił w roku bieżącym w porównaniu w rokiem 1946 — 4,1, a w porównaniu z rokiem 1945 — 10,2. Druga grupa, która składa się z 7 województw o ogólnej liczbie ludności ok. 12 milionów wykazywała w roku 1945 średnio 9% zaszczepionych, w roku 1946 — 14,6% a w roku 1947 — 10%. I tu zapadalność zmniejszyła się z 17,7 w r. 1945 i 7,1 w r. 1946 do 3,6 w r. 1947,

spadek zapadalności w r. 1947 w porównaniu z rokiem 1945 wynosi w tej grupie tylko 4,9 czyli jest dwukrotnie mniejszy niż w grupie pierwszej.

Wyższa zapadalność na dur brzuszny w grupie pierwszej województw stanowiących przeważnie teren ziem odzyskanych tłumaczymy gorszymi warunkami, w jakich ziemie te znalazły się po wojnie z powodu większych zniszczeń zwłaszcza urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych — osiągnięty więc w tej grupie dwukrotnie większy spadek zapadalności wobec jednolitej akcji przeciwepidemicznej na terenie kraju, musimy przypisać wpływowi wysokoprocentowej akcji szczepiennej na tych terenach.

Według Ratnera konsekwentnie prowadzona akcja szczepień przeciw durowi brzusznemu doprowadzi do zachwiania równowagi epidemii duru brzusznego w Polsce, utrzymującej się przez wiele lat na poziomie jednakowym.

Ze względu na to, że na ziemiach odzyskanych średnia zapadalność wynosi w roku bieżącym 5,4, czyli wyżej niż przed rokiem 1939, a na ziemiach starych 3,6 czyli niżej niż przed rokiem 1939, w naszym województwie wynosi 2,2 i jest cyfrą najniższą ze wszystkich województw polskich — Ministerstwo Zdrowia nie przewiduje w roku bieżącym przeprowadzenia szczepień na terenie naszego województwa.

Wobec tego akcja zwalczania duru brzusznego w roku 1948 musi się oprzeć na:

1. dokładnej rejestracji wszystkich przypadków zachorowań opartej na badaniach bakteriologicznych i serologicznych w Państwowym Zakładzie Higieny,

2. jak najwcześniejszej pełnej hospitalizacji wszystkich przypadków,

3. dokładnej i bezzwłocznej dezynfekcji domu chorego,

4. poprawie stanu sanitarnego wodociągów i studzien,

5. propagandzie zasad higieny,

6. planowej akcji badania na nosicielstwo i nadzoru nad nosicielami.

Badaniu na nosicielstwo poddane zostaną w roku bieżącym:

a) osoby, które przechodziły w roku 1947 dur brzuszny,

b) pracownicy przemysłu spożywczego, zakładów gastronomicznych, stołówek i sklepów spożywczych,

c) pracownicy przemysłu mleczarskiego,

d) personel szpitalny,

e) rekonwalescenci po durze brzusznym, paradurach przed opuszczeniem szpitala muszą obowiązkowo być poddani badaniu na nosicielstwo.

Zwalczanie duru brzusznego, który w dalszym ciągu stanowi najważniejsze zagadnienie epidemiologiczne dla naszego kraju, wymaga oprócz środków doraźnych podanych powyżej również akcji zapobiegawczej długofalowej, która w miarę podniesienia się naszego stanu gospodarczego będzie stopniowo i wytrwale realizowana.

Czerwonka.

Czerwonka w roku bieżącym nie stanowiła poważniejszego zagadnienia na terenie naszego województwa.

R. 1945			R. 1946			R. 1947			R. 1938	
zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.
1004	52	4,6	348	14	1,6	117	4	0,6	83	16

Spadek zachorowań na czerwonkę wynosił w porównaniu z rokiem 1945 w roku 1946 — 66%, w roku 1947 — 88%.

Zapadalność w roku 1945 wynosiła 4,6, w r. 1946 spada do 1,6, w roku 1947 do 0,6.

Zimnica.

Zimnicy zarejestrowano na terenie województwa w roku bieżącym 220 przypadków wobec 107 przypadków w r. 1946 i 51 w r. 1945. Wzrost przypadków malarii jest jednak tylko pozorny, spowodowany lepszą rejestracją oraz utworzeniem w ośrodkach malarycznych stacji przeciwmalarycznych, zaopatrzonych w leki, leczących bezpłatnie ludność dotkniętą malarią.

Płonica.

Dokuczliwą zwłaszcza w okresie letnim w miejscowościach letniskowych dla dzieci (Rabka) i w koloniach młodzieżowych była epidemia płonicy, która z rozpoczęciem roku szkolnego przeniosła się do Krakowa. Przebieg epidemii płonicy był na ogół bardzo łagodny, z okresem gorączkowym trwającym około 3-ch dni, bez skłonności do dawania powikłań.

R. 1945			R 1946			R 1947			R. 1938	
zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.
726	19	3,3	1687	11	7,89	2312	12	10,8	2101	38

Rygorystycznie przestrzegano hospitalizacji i kwarantanny na koloniach dziecięcych zwłaszcza w Rabce, gdzie epidemia zagrażała unieruchomieniem zespołu sanatoriów, mniej rygorystycznie postępowano w czasie jesiennej epidemii płonicy w Krakowie, gdzie rejestrowano przeszło 70 przypadków tygodniowo, a oddziały szkarlatynowe mimo uruchomienia dodatkowych sal i baraków były przepełnione.

Błonica.

Mimo zapowiedzianego w roku ubiegłym planu przeprowadzenia szczepień przeciwbłoniczych — szczepienie powyższe nie doszło do skutku z powodu konieczności oddania szczepionki województwom więcej zagrożonym. Wydział Zdrowia dołoży starań do zrealizowania planu swego w roku bieżącym.

R. 1945			R. 1946			R. 1947			R. 1938	
zach.	zg.	zap. 10.000	zach.	zg.	zap. 10 000	zach.	zg.	zap. 10.000	zach	zg.
1149	131	5,21	1540	94	7,2	1091	38	5,1	1095	58

Choroba Heine-Medina.

Nagminne zapalenie przednich rogów rdzenia utrzymuje się na terenie województwa w ciągu ostatnich 3-ch lat na mniej więcej jednakowym poziomie z zapadalnością 0,1 na 10.000 ludności. Podnoszone w roku ubiegłym alarmy o niebezpieczeństwie epidemii choroby Heine-Medina — opierając się na wzrastającej fali epidemii w krajach anglosaskich — okazały się na szczęście płonne. Zwalczanie choroby, która według autorów angielskich szerzy się drogą zakażenia przez przewód pokarmowy, jest podobne, jak przy innych chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego.

R 1945			R. 1946			R 1947		
zach.	zg.	zap. 10,000	zach.	zg.	zap. 10,000	zach.	zg.	zap. 10,000
15	—	0,07	25	—	0,11	22	2	0,10

Ministerstwo Zdrowia biorąc pod uwagę wygaśnięcie w kraju epidemii chorób ostro-zakaźnych zarządziło w roku 1948 reorganizację akcji przeciwepidemicznej na dotychczasowych zasadach i przekształcenie jej w normalną akcję sanitarną, przywiązując wielkie znaczenie do akcji sanitarno-porządkowej jako jednego z podstawowych elementów profilaktyki.

W związku z tym Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami został przekształcony na Departament Sanitarno-Epidemiologiczny, Wojewódzkie Komisariaty — na Oddziały Sanitarno-Epidemiologiczne. Oddziały te obejmują referaty: przeciwgruźliczy, epidemiczny i sanitarno-porządkowy. Ścisła łączność i współpraca z Państwowym Zakładem Higieny pozwoli na pogłębienie prac oddziału i naukowe opracowanie zagadnień terenowych. Kolumna przeciwepidemiczna wojewódzka będzie miała za zadanie zwalczanie większych ognisk epidemicznych na terenie województwa, ponadto będzie brała udział w ogólnej akcji sanitarnej i szczepiennej. Lekarz epidemiczny Filii Zakładu Higieny będący równocześnie pracownikiem Oddziału Sanitarno-Epidemiologicznego obejmie kierownictwo i nadzór nad należytym zorganizowaniem, prowadzeniem prac Wojewódzkiej Kolumny Przeciwepidemicznej, będzie wykonywał kontrolę pracy oraz udzielał fachowych instrukcji wszystkim pielęgniarkom epidemicznym oraz kontrolerom sanitarnym państwowym i samorządowym, zatrudnionym w akcji sanitarno-epidemicznej.

Wszyscy pracownicy kolumn p/epidemicznych zatrudnieni na terenie powiatów zostają zwolnieni z pracy. W ich miejsce zostanie przy każdym lekarzu powiatowym zaangażowana pielęgniarka (pielęgniarz) wzgl. higienistka opłacana z kredytów rzeczowych Ministerstwa Zdrowia.

Do obowiązków pielęgniarki (higienistki) należy na polecenie lekarza powiatowego:

a) dokonywanie wywiadów dotyczących chorób zakaźnych,

b) pomoc przy transportowaniu chorych zakaźnych,

c) wykonywanie zleceń lekarza w sezonowych izolatoriach dla chorych zakaźnych,

d) przeprowadzanie z kontrolerami sanitarnymi dezynfekcji,

e) pomoc przy zwalczaniu wszawicy, świerzbu wśród dzieci szkolnych,

f) udział w akcji szczepiennej i współpraca z biurem sanitarnym powiatowego Ośrodka Zdrowia.

Kontrolerzy sanitarni zatrudnieni w referacie sanitarnym Starostwa muszą posiadać pełne kwalifikacje, tzn. ukończony kurs w Państwowej Szkole Higieny. Na zlecenie lekarza powiatowego przeprowadza kontroler — sanitarne kontrole a w szczególności powinien:

a) dokonywać lustracji przedsiębiorstw wyrobu artykułów spożywczych, restauracji, hoteli, studzien publicznych, fryzjerni itp.,

b) kontrolować czystość placów, osiedli, miejsc rozrywkowych, środków lokomocji, gmachów przeznaczonych dla celów publicznych, kąpielisk itp.,

c) prowadzić kartoteki sanitarne,

d) przeprowadzać dezynfekcje i desynsekcje,

e) współpracować z biurem sanitarnym Ośrodków Zdrowia.

Ze względu na to, że kontroler sanitarny i pielęgniarka referatu sanitarnego Starostwa nie będą mogli podołać pracom epidemiczno-sanitarnym w powiecie — Ministerstwo Zdrowia przewiduje w Okólniku Nr 37/47 z dnia 17. XI. 1947 r. utworzenie Biura Sanitarnego w każdym Ośrodku Zdrowia, które z ramienia lekarza powiatowego w miejscowościach, gdzie są Ośrodki Zdrowia będzie prowadzić całość akcji sanitarno-epidemicznej. W związku z tym powinni lekarze powiatowi dołożyć wszystkich starań dla zorganizowania w jak najkrótszym czasie w każdym Ośrodku Zdrowia Biura Sanitarnego.

Zagadnienia sanitarno-porządkowe są u nas mało popularne. Istnieją w tym zagadnieniu duże niedomagania i braki a wykroczenia sanitarno-porządkowe są na ogół traktowane pobłażliwie. Brak w terenie jakiegokolwiek planu i konsekwencji w realizowaniu sporadycznych zresztą zamierzeń. Dorywczo urządzane tygodnie czy miesiące czystości nie mogą zastąpić stałej, planowej i konsekwentnie przeprowadzanej akcji podniesienia stanu sanitarno-porządkowego.

Jesienią 1947 roku zostały delegowane na teren całego kraju komisje międzyministerialne, których zadaniem było sprawdzenie wyników akcji sanitarno-porządkowej. Wyniki tej inspekcji, która z natury rzeczy była dorywcza i sprowadzała się raczej do wyrywkowego badania, były dla naszego województwa bardzo niekorzystne. Z wszystkich miast wojewódzkich najbardziej brudny i zaniedbany okazał się Kraków. Brudne i zaśmiecone ulice, zaniedbane place targowe, ciemne, zanieczyszczone piekarnie, nieodpowiednie sklepy spożywcze. brudne fryzjernie — dają obraz smutnej rzeczywistości. Nieco lepiej wypadła lustracja obiektów na terenie powiatów — lecz i tu daleko było do stanu zadowalającego.

W r. 1948 ustosunkowanie się do tych zagadnień musi ulec radykalnej zmianie.

W planie na rok 1948 przewiduje się:

1) Szeroko zakreśloną akcję propagandową systematycznie prowadzoną ze szczególnym uwzględnieniem propagandy w szkołach, fabrykach, zakładach przemysłowych, instytucjach państwowych i samorządowych.

2) Unormowanie spraw związanych z zaopatrzeniem ludności w wodę do picia. Na podstawie sprawozdania za rok 1947 Oddziału Wodnego Państwowego Zakładu Higieny należy stwierdzić, że większość wodociągów czynnych na obszarze województwa nie przestrzega — mimo licznych urgensów — comiesięcznego badania wody wodociągowej. Na 34 wodociągi publiczne, znajdujące się na terenie województwa, tylko 4 wodociągi nadsyłały próby do badania regularnie raz w miesiącu, 6 wodociągów przebadało swoje wody 7—9 razy w roku, 8 wodociągów badało wodę do 6 razy w roku, a 16 wodociągów wcale lub sporadycznie i najwyżej 4 razy w roku. Odnosi się to również do wodociągów prywatnych w zakładach przemysłowych, z których ani jeden nie badał wody regularnie. Ten anormalny i wręcz szkodliwy stan musi być w roku bieżącym usunięty i wszystkie wodociągi muszą nadsyłać raz w miesiącu wodę do badania do P. Z. H.

Jeszcze gorzej przedstawia się zagadnienie studzien publicznych i prywatnych o charakterze publicznym.

Zarządzona w roku 1947 ewidencja tych studzien dała wyniki bardzo nikłe. Ewidencję nadesłało tylko 8 powiatów, z czego właściwie je ujęły tylko 2 powiaty. Pozostałe 7 powiatów w ogóle ewidencji studzien nie nadesłały.

W roku bieżącym zarządzi się ponownie przeprowadzenie ewidencji studzien, z tym jednak, że rejestracja musi być dokładna i właściwie przeprowadzona. Woda ze studzien podlega badaniu raz do roku, kolejność przysyłania prób wody dla poszczególnych powiatów została ustalona specjalnym okólnikiem. Dla zilustrowania niedbalstwa w tym zakresie należy podać fakt, że na 1.370 ewidencjonowanych studni publicznych zbadano w P. Z. H. tylko 25 studni.

3) Usuwanie śmieci i nieczystości z naszych miast i miasteczek musi w roku bieżącym stać się znacznie sprawniejsze niż w latach ubiegłych. Z tym zagadnieniem łączy się planowa akcja deratyzacyjna. Ministerstwo Zdrowia przeznacza w roku 1948 na powyższe cele dla Woj. Krakowskiego kwotę 11 milionów złotych jako pomoc dla samorządów.

4) W roku bieżącym należy wzmóc nadzór nad produkcją i sprzedażą środków spożywczych, szczególnie mleka i jego przetworów, lodów, wód gazowych itp. Ilość prób nadsyłanych do badania do P. Z. H. jest w stosunku do cyfr przedwojennych znikoma. W roku 1947 przeprowadził Państwowy Zakład Higieny analizę żywności w ok. 2000 wypadkach pobranych prób wobec samych tylko badań mleka w okresie do 1939 roku — 7000 rocznie.

Powodem tego anormalnego stanu jest m. in. zupełnie niewystarczająca praca kontrolerów sanitarnych w terenie, przeciążonych nie należącą do nich pracą biurową.

Obojętność dla tych zagadnień musi być wreszcie zastąpiona systematyczną pracą w terenie, wykonywaną przez kontrolerów sanitarnych. Biorąc pod uwagę możliwości przeprowadzania badań przez P. Z. H. mogą poszczególne powiaty przesyłać miesięcznie do analizy 20—30 prób. Cyfry tej nie należy uważać jako normę czy wyznaczony kontyngent, a raczej orientacyjnie, przy czym wybór prób, ich rodzaj i pochodzenie pozostawia się referatowi sanitarnemu Starostw wzgl. zainteresowanym organom terenowym. Na wiosnę projektuje się przeszkolenie na 4-dniowym kursie w P. Z. H. kontrolerów zatrudnionych w terenie celem zaznajomienia ich z obowiązującym nowym ustawodawstwem sanitarnym oraz ujednoliceniem metod ich pracy.

W najbliższym czasie zostaną wprowadzone jednolite książki sanitarno-porządkowe na teren całego województwa, które będą stanowić dla organów sanitarnych pomoc w wykonywaniu inspekcji i kontroli wykonania wydanych zarządzeń.

Poruszono tu tylko niektóre ważniejsze zagadnienia, pobieżnie je szkicując. Szczegółowe instrukcje oraz zarządzenia będą w odpowiednim czasie przesyłane do ich wykonania; wypadałoby tu podkreślić, by ustosunkowanie się lekarzy powiatowych było do wydawanych zarządzeń mniej formalne niż dotychczas i by w trosce o podniesienie stanu sanitarnego kraju na swym małym odcinku dołożyli wszelkich starań i więcej serca do ich spełnienia.

Należy dążyć do tego, by dział ten, tak dotychczas po macoszemu traktowany, lekceważony i niedoceniany — mógł być stosownie do nakreślonego tu, zresztą w bardzo wąskich ramach planu — zrealizowany przy wzajemnej pełnej życzliwości i zrozumienia współpracy.

Dr M. BILEK

Zagadnienia sanitarno-porządkowe jako program Oddziału Sanitarno-Epidemiologicznego na rok 1948

(Koreferat)

Dur wysypkowy spadł szczęśliwie w ostatnich miesiącach ubiegłego roku do ilości stojących poniżej ilości zachorowań przed wojną. Badania serologiczne przeprowadzane w durze plamistym w Państwowym Zakładzie Higieny są przez lekarzy powiatowych i lekarzy prywatnych dobrze wykorzystywane. Niemniej nie wszyscy chorzy z ognisk zachorowań byli badani serologicznie. Procent potwierdzonych serologicznie przypadków wynosi dla Województwa Krakowskiego 73%. Nie mogą tu odgrywać roli trudności w przesyłce, ponieważ w Województwie Rzeszowskim bardziej odległym a obsługiwanym również przez naszą Filię procent ten wyniósł 92%. Chodzi o zachorowania dotyczące wielu członków rodziny, w których to przypadkach tylko część chorych była

badana. Co do reszty lekarz słusznie przypuszczał, że chodzi o dur wysypkowy i że badanie serologiczne może być wyjątkowo pominięte. Takie rozumowanie, gdyby się miało nadal utrzymać, to mogłoby przy obecnych sporadycznych przypadkach prowadzić do błędów rozpoznawczych. Obecnie bowiem tak, jak i przed wojną spotykać będziemy coraz więcej przypadków przebiegających nie typowo, w których o błąd rozpoznawczy bardzo łatwo. Należy przypomnieć, że w przypadkach serologicznie ujemnych należy badanie powtarzać, gdyż często uzyskujemy większe miano odczynu Weil-Felixa dopiero w okresie zdrowienia.

W durze brzusznym potwierdzono badaniem serologicznym i bakteriologicznym 77% zgłoszonych przypadków. Trudności rozpoznawcze w badaniu serologicznym polegają na pojawieniu się aglutynin dających dodatni odczyn Widala u osób szczepionych przeciwko durowi brzusznemu i paradurom mimo, że zachorowali oni nie na dur brzuszny, lecz na inne choroby gorączkowe. W wypadkach takich na samym tylko odczynie Widala przy nietypowym przebiegu klinicznym choroby oprzeć się trudno. Natomiast pewne wyniki możemy uzyskać przez posiew krwi chorego na odpowiednie pożywki. P. Z. H. z każdą próbką krwi wykonuje zarówno badania serologiczne, jak i bakteriologiczne. Po oddzieleniu surowicy od szczepu ten ostatni posiewa się na żółć i żółć taką bada na obecność w niej pałeczek duru brzusznego po 2-ch dniach oraz po tygodniu. Odczyn Widala występuje z końcem pierwszego tygodnia choroby i nasila się w tygodniu choroby drugim. Dodatnie wyniki posiewu krwi czy skrzepu krwi na żółć są tym częstsze, w im wcześniejszym okresie choroby są wykonane. Dlatego też chcąc uzyskać jak największy odsetek potwierdzenia zachorowań przez badanie bakteriologiczne, które jest najpewniejszym sposobem i od szczepień niezależnym, należy pobierać krew w pierwszych dniach choroby. Można w ten sposób uzyskać do 97% potwierdzeń.

W podawaniu wyników odczynu Widala wprowadzono w P. Z. H. w ubiegłym roku podawanie osobne wyników aglutynacji obłoczkowej czyli aglutynacji H, oraz aglutynacji grudkowej czyli aglutynacji „0“. Pozostaje to w związku z badaniami prowadzonymi nad poszczególnymi szczepami pałeczek duru brzusznego. Okazuje się mianowicie, że rozmaite szczepy pałeczek duru brzusznego mają raz więcej, raz mniej antygenu somatycznego czy „0“ antygenu, oraz antygenu rzęskowego, czyli „H“ antygenu. Zależnie od tego, który z antygenów bardziej przeważa mogą w ustroju ludzkim powstawać raz silniej raz słabiej aglutyniny przeciwko antygenowi „H“ lub „O“. Być może, że i poszczególne ustroje ludzkie mają rozmaitą zdolność reagowania na poszczególne antygeny. Jeżeli teraz używać będziemy w pracowni szczepu zawierającego antygen „H“ lub antygen „O“ w różnym nasileniu, to możemy uzyskać błędny wynik. Aby uzyskać wynik najkorzystniejszy, tzn. najbardziej wykorzystujący możliwości wykazania obecnych we krwi aglutynin, należy stosować szczepy dwa, jeden mający bardzo dobrze wykształcony antygen „H“ rzęskowy oraz drugi mający dobrze wykształcony antygen „O“ somatyczny. Można do tego celu używać żywych zawiesin szczepów pałeczki duru brzusznego określonych Nr 901 H, oraz 901 0, lub też można pracować zawiesiną tych lub innych szczepów utrwaloną w ten sposób, że antygen H lub antygen O nie ulegnie w niej uszkodzeniu. Jeden i drugi wynik jest miarodajny dla rozpoznania duru brzusznego a być może, że będziemy mogli nawet tą drogą orientować się, czy chodzi o aglutynację występującą u szczepionych przeciwko durowi brzusznemu a gorączkujących z innej przyczyny, czy też u chorych na dur brzuszny.

Wszyscy chorzy na dur brzuszny, chociażby choroba nie zostala u nich potwierdzona badaniem bakteriologicznym i serologicznym, jeśli jednak przebieg choroby i objawy kliniczne pozwalają dur brzuszny rozpoznać muszą być zgłoszeni jako dur brzuszny w wykazach tygodniowych.

Wykazy tygodniowe na zielonych kartkach muszą być zgodne z wykazami tygodniowymi przesyłanymi do Urzędu Wojewódzkiego.

Badania ozdrowieńców po durze brzusznym na obecność w ich stolcu i moczu pałeczek duru brzusznego nie były jeszcze w pełni przeprowadzane. Stało się to częściowo wskutek braku naczyniek do przesyłania prób. Obecnie P. Z. H. posiada odpowiednią ilość naczyń i przesyła je na zapotrzebowanie. W związku z tym należy roztoczyć pieczę nad osobnikami, u których stwierdzono w okresie zdrowienia obecność pałeczek duru brzusznego w stolcu lub moczu. Osoby takie, jeżeli zostały wypisane ze szpitala powinny być trzykrotnie licząc od ostatniego dodatniego wyniku przebadane na nosicielstwo w odstępach tygodniowych. O ile nosicielstwo się utrzymuje, należy ująć takiego nosiciela stałego w specjalną ewidencję i baczyć, by nie był on zatrudniony w sposób mogący przyczynić się do szerzenia się zachorowań na dur brzuszny. Nie może on być np. pracownikiem w wytwórni środków spożywczych czy wodociągów itp.

W szpitalach za mało zwraca się niestety uwagi na bieżące odkażanie wydalin chorych na ostre choroby zakaźne przewodu pokarmowego.

Drogi szerzenia się duru brzusznego są nam dobrze znane, niemniej i w tej dziedzinie w ostatnich latach postąpiliśmy znacznie naprzód dzięki zastosowaniu w diagnostyce duru brzusznego bakteriofagów Anty Vi. Pokazało się mianowicie, że szczepy duru brzusznego zawierające antygen Vi (a takimi są wszystkie świeżo wyhodowane szczepy z nielicznymi tylko wyjątkami) można przy pomocy bakteriofaga anty Vi rozbić na 25 typów. Istnieje więc możliwość sprawdzenia, czy dany osobnik uległ zakażeniu od podejrzanego nosiciela czy też od innego osobnika. O ile stwierdzamy niezgodność typów pałeczki duru brzusznego u zbadanego osobnika i u podejrzanego o zakażenie go nosiciela, to opierając się na

stwierdzonej stałości typów możemy wykluczyć to źródło zakażenia.

Stwierdzanie typów polega na wysianiu na płytce agarowej młodej hodowli bulionowej badanej pałeczki duru brzusznego i rozprowadzenie posiewu w kształcie pięciogroszówki. Po wyschnięciu tego miejsca w środek posiewu dodajemy ezą malutką kropelkę bakteriofaga w odpowiednim rozcieńczeniu. W ten sposób wykonuje się z każdym szczepem badanym próbę z 25 bakteriofagami. W miejscu, w którym spotka się badany szczep z odpowiadającym mu bakteriofagiem wzrost pałeczki duru brzusznego pojawi się tylko na obwodzie zasianego do wielkości pięciogroszówki terenu płytki agarowej. Natomiast w środku zostanie niezarośnięty agar czyli tzw. łysinka.

Na naszym terenie rozpoczęliśmy odpowiednie badania po otrzymaniu bakteriofagów od Prof. Hirszfelda z Wrocławia. Są to bakteriofagi przesłane z Londynu przez Feliksa. Przebadano dotychczas 52 szczepy i stwierdzono różnorodność typów. Dociekania epidemiologiczne w związku z oznaczaniem tych typów są prowadzone i w przyszłym roku postaram się je zreferować.

Wspomnieć jeszcze należy o możliwościach lepszego niż dotychczas stosowania leczenia bakteriofagami zachorowań na dur brzuszny. Zastosowanie mianowicie bakteriofaga odpowiadającego typowi pałeczki duru brzusznego, znajdującej się u chorego, pozwoli zapewne na uzyskanie lepszych wyników leczniczych. Prof. Hirszfeld podejmie w tych przypadkach uzyskanie odpowiedniego bakteriofaga w potrzebnym stężeniu.

Zachorowania na zimnicę nie dały się nam zbytnio we znaki. Należy jednak zwrócić uwagę na uporządkowanie terenu i na usuwanie lęgowisk komarów, ponieważ źródła zakażenia dla komarów w postaci chorych na zimnicę osobników znajdują się w poważnej ilości.

Choroba Heine-Medina nie pojawiła się również w większej ilości na naszym terenie. Należy zwrócić uwagę na lepsze niż dotychczas zgłaszanie tych przypadków a w związku z wyjaśnionym ostatnio sposobem szerzenia się zachorowań należy dopilnować, by również stolec i mocz chorych były odkażane.

W związku z zamierzeniami Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych P. Z. H. zostanie zaopatrzony w odpowiednią ilość naczyń do przesyłania prób krwi oraz kopert na naczyńka. Już obecnie zrobione są przygotowania i przeszkalany odpowiedni personel, byśmy mogli temu zwiększonemu wykonywaniu badań podołać.

W zakresie kontroli żywności niektóre ze starostw nie wykonywały swych obowiązków. Próbki, które powinni lekarze powiatowi za pośrednictwem swoich kontrolerów sanitarnych pobierać i do P. Z. H. przesyłać wpływały w nielicznej ilości. Najlepiej zobrazuje ten stan rzeczy porównanie ilości próbek przesłanych przez lekarzy powiatowych w Województwie Krakowskim w ubiegłym roku z ilościami, które otrzymywały inne filie z ich terenu. I tak Kraków otrzymał 336 próbek, Bydgoszcz 2.262, Katowice 6.208, Kielce 2.015, Łódź 1.645, Poznań 1.320.

Filia P. Z. H. w Krakowie prosi o stałe pobieranie próbek w terenie i przesyłanie w ilości 20 do 30 prób miesięcznie. Próbki powinny być tak wybrane, by dotyczyły one przede wszystkim środków żywności i przedmiotów użytku podejrzanych o szkodliwość dla zdrowia. Dla przypomnienia kontrolerom sanitarnym sposobu pobierania próbek artykułów żywności, oraz najtypowszych szkodliwości dla zdrowia, P. Z. H. urządzi w najbliższym czasie odpowiedni kurs.

Jeżeli biuro sanitarne ośrodka zdrowia ma mieć również kontrolerów sanitarnych, to ich również należy przeszkolić.

Badanie soli jodowej wprowadzonej na terenie naszego Województwa do ogólnego spożycia nie było należycie przez wszystkie powiaty przeprowadzane. Chodzi o kontrolę u sprzedawców, ponieważ zbyt długie przechowywanie soli może powodować zniknięcie z niej jodku potasu.

Próby leków należy przesyłać do Państwowego Zakładu Higieny, Dział Chemii w Warszawie a nie do tut. Filii. Próby eteru nie mogą być posyłane bez specjalnych ostrożności drogą pocztową.

Badania wód wodociągowych były prowadzone znacznie intensywniej niż w poprzednim roku, dalekie są jeszcze jednak ilościowo od stanu, jaki chcielibyśmy widzieć. Istnieją nadal niestety wodociągi, które nawet mimo zawarcia umów ryczałtowych o badanie wód nie wykorzystują umowy i odpowiedniej ilości próbek wody nie przysyłają. Spośród 30-tu wodociągów tylko 4 wykonały całkowicie plan i wykorzystały przypadające im z umowy badania.

Liczba zbadanych studzien wynosi 609, są to wytwórnie wód gazowanych, mleczarnie i inne studnie zaopatrujące przemysł spożywczy w wodę. Natomiast studni publicznych zbadano w całym województwie 46. Znalazły się takie powiaty, jak Dąbrowa Tarnowska, które ani jednej próby wody ze studni publicznej nie przesłały. Sprawa ta musi ulec zmianie i studnie publiczne muszą zostać doprowadzone do porządku a woda z nich musi być raz w roku badana bakteriologicznie i chemicznie. Wodociągi dostarczające złej wody, która musi być gotowana przed użyciem, powinny być również doprowadzone do porządku a najlepiej, aby odpowiedni lekarze powiatowi postarali się o urządzenia amerykańskie chlorowania wody, którymi dysponuje Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie. Ze strony P. Z. H. zwraca się uwagę na konieczność dokładnego wypełnienia kwestionariuszy o studni. Woda ze studni złych, nienależycie urządzonych, otwartych, oraz woda z urządzeń dostarczających wodę a niedających rękojmi dostarczania dobrej wody nie powinna być przesyłana, aż po uporządkowaniu tych urządzeń i studzien. Dla należytego wykonania swych zadań P. Z. H., podobnie jak w ubiegłym roku proponuje, by poszczególne powiaty wykonały badania

wód ze studzien publicznych w ustalonym terminie. W ten sposób uniknie się zbyt dużego nagromadzenia się próbek wody równocześnie. Oczywiście badania mogą być dokonywane i poza tymi okresami, lecz nie masowo.

D y s k u s j a.

Dyskusję zagaił Dyr. Dr R u d z i ń s k i, wygłaszając następujące przemówienie:

„Chcę usłyszeć uwagi Kolegów na temat akcji sanitarno-epidemicznej. Przestawiliśmy tę akcję z doraźnej na akcję normalną i chcielibyśmy ją postawić na trwałych podstawach. Normalna akcja sanitarna wymaga więcej trudu i jest zagadnieniem żmudnym, polegającym przede wszystkim na wychowaniu społeczeństwa. Nie wystarczy tu wydawanie okólników, jeżeli społeczeństwo nie rozumie instrukcji w nich zawartych i nie będzie stosować się do wymagań sanitarnych. Lekarze powiatowi powinni stać się wychowawcami, a nie być tylko milicjantami sanitarnymi. Z tego powodu akcję sanitarną oparliśmy na normalnej sieci administracji lekarskiej, jaka istnieje w kraju. I może nie omyliliśmy się, a przykładem tego może być ostatni zjazd lekarzy sanitarnych w Z. S. R. R. i czytałem sprawozdanie z tego zjazdu, gdzie podano, że instytucje sanitarne były oddzielone, a obecnie lekarze sowieccy doszli do przekonania, że ten system był zły i mają przejść na tę formę organizacyjną, jaka istniała u nas już przed wojną i teraz istnieje, tj. przeprowadzanie wszelkich zarządzeń sanitarnych za pomocą normalnej Służby Zdrowia. Lekarz sanitarny nie może być odmienny od innego lekarza medycyny, leczącego i zapobiegającego.

Mając to na widoku, chciałbym, aby lekarze zwrócili uwagę na wyszkolenie i uświadomienie społeczeństwa, to znaczy przeszkolenie tych grup, które mają duże znaczenie w szerzeniu kultury sanitarnej a więc przede wszystkim personel pielęgniarski. Ja nie jestem przekonany, że pielęgniarka na oddziale zakaźnym jest zupełnie uświadomiona, jak ma kierować takimi czynnościami, jak dezynfekcja w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Następnie czynnikiem pomocniczym w naszej akcji sanitarnej jest milicja i tu zadaniem będzie wyszkolenie dzielnicowych milicjantów, aby się orientowali, jak się przedstawia nasza akcja sanitarno-porządkowa, trudno bowiem, żeby lekarz sam miał chodzić po ulicy i patrzeć, czy jest czysto. I to przeszkolenie będzie może najważniejszą czynnością naszej akcji sanitarnej. Czy to będzie milicja, czy różne cechy fryzjerów itp., musimy ich odpowiednio uświadomić, wtedy nasza akcja sanitarna będzie szybciej wykonana.

Program na przyszłość, czyli akcja w roku 1948. Przede wszystkim postawiliśmy sobie za zasadę zorganizować dobrą sieć sanitarną, ażeby żadna miejscowość w województwie przy powiecie nie była pozbawiona pomocy sanitarnej. Wszyscy mieszkańcy muszą wiedzieć, do kogo mogą się zwrócić w sprawach sanitarnych, a my opieramy wszystko na ośrodkach zdrowia, które są podstawą akcji. Nie może być czarnych plam w powiecie i teren musi być podzielony na okręgi, żeby ludność wiedziała, do kogo się zwrócić w sprawach epidemiczno-sanitarnych. Następnie chodzi o wykorzystanie 100% ubogiego personelu przy lekarzach powiatowych, który został powołany do akcji sanitarnej. Każdemu lekarzowi powiatowemu daliśmy po 1 pielęgniarce sanitarno-epidemiologicznej — musi to być chociaż siostra pogotowia sanitarnego PCK z przeszkoleniem sanitarnym. Osoba ta będzie prowadzić wywiad, opiekować się rodziną chorego, przeprowadzać dezynfekcję itp. Drugą osobą jest kontroler sanitarny i ma on pracować w terenie, a nie przy pracach kancelaryjnych, dla których będzie przydzielona specjalna siła kancelaryjna. Chcę się dowiedzieć, jak się ta sprawa przedstawia u Panów w terenie. Minister Michejda obiecał, że dołoży wszystkich starań, aby dla każdego powiatu po 1 urzędniku kancelaryjnym przydzielić.

Proszę o zwrócenie uwagi na wywiad epidemiczny, gdyż może się zdarzyć, że nagle wyskoczy jakiś przypadek duru plamistego, to zapytujemy, skąd on się wziął. Wtedy trzeba zrobić dokładny wywiad, gdyż ma to duże znaczenie. Proszę także zwrócić uwagę na nieswoiste przypadki duru brzusznego, których epidemie przepływają nienormalnie. Np. niedawno pod Poznaniem zachorowało 110 osób na dur brzuszny i niewiadomo było, co to za choroba, bo wszyscy chorzy byli uprzednio szczepieni. Dlatego należy ściśle współpracować z PZH. Jeszcze raz podkreślam, aby Panowie zwrócili uwagę na podniesienie stanu sanitarnego, gdyż po przeprowadzeniu inspekcji ministerialnej okazało się, że najgorzej wypadły m. Kraków i Woj. Krakowskie.

Tak samo, jeżeli chodzi o uzdrowiska Woj. Krakowskiego, to ich stan sanitarny jest zły, np. Szczawnica jest bardzo upośledzona pod względem sanitarnym. Ważną też jest sprawą kwestia zaopatrzenia ludności w uzdrowiskach w wodę, bo stan zbiorników wody jest okropny. To są rzeczy niedopuszczalne, żeby lekarz nie wiedział, gdzie jest źródło wody w danym uzdrowisku i jaki jest jego stan. Proszę stosować aparaty do chlorowania wody i ustawiać je w uzdrowiskach i wymagać, aby w każdym uzdrowisku był kontroler sanitarny. Zarząd Uzdrowisk Polskich obiecał swą pomoc, tylko lekarz powiatowy powinien dopilnować, aby była odpowiednia ilość kontrolerów.

Stan wodociągów. My w tym roku i już w zeszłym daliśmy hasło, żeby uporządkować wodociągi, gdyż trzeba koniecznie badać w nich wodę. Tymczasem niektórzy właściciele wodociągów uchylają się od tego obowiązku, trzeba w takim razie wydać rozporządzenie, żeby był przymus.

Prosiłbym także o zwrócenie uwagi na stan sanitarny we wszelkiego rodzaju stołówkach. Obecnie po wojnie powstało moc wszelkiego rodzaju stołówek, które lekarze powiatowi mało badają, a zarząd tych stołówek nie przestrzega zasad sanitarnych. Na przykład niedawno w Raci-

borzu stołówka sprowadzała świnie i zabijała tajnie bez rzeźni, w rezultacie czego zaraziła 400 pracowników włośnicą. Tajny ubój musimy zwalczać wszelkimi sposobami. Boję się, aby zakłady lecznicze też nie stosowały tajnego uboju.

Co do badania wody, to podtrzymuję apel PZH., aby wodę przysyłać tylko wówczas, gdy kontroler sanitarny jest przekonany, iż studnia jest dobra. Jeżeli i tak woda przecieka z powierzchni do studni, to studnia jest zła i trzeba zabronić w ogóle jej używania. Nie można obciążać pracą filii P. Z. H. a raczej w wypadkach wątpliwych przesyłać opis studni.

Te uwagi chciałem podać i prosiłbym co do tych nowych naszych projektów wypowiedzieć się, jak jest u Kolegów, w terenie, czy istotnie możecie odciążyć kontrolera od pracy biurowej, jak jest z siłą kancelaryjną i na inne uwagi, które tu przytoczyłem".

Dr Kuchta, Chrzanów, proponuje, aby dla usprawnienia przesyłki próbek krwi do badania w PZH, była przez PZH rozesłana pewna ilość gotowych już kopert, zaadresowanych i ze znaczkiem pocztowym. Następnie Dr Kuchta porusza sprawę pracy lekarzy powiatowych, zaznaczając, iż praca ta jest niepomiernie wielka i dlatego referaty powiatowe winny być należycie zorganizowane przez odciążenie lekarza powiatowego w pracach kancelaryjnych. Jednak lekarz posiada tylko jedną siłę kancelaryjną i kontrolera sanitarnego, a często pracownicy ci nie stoją na należytym poziomie fachowym tak, że lekarz sam musi wszystkiego przypilnować. Dr Kuchta stawia wniosek o rozbudowanie referatu powiatowego przez dokoontowanie jeszcze dwóch sił kancelaryjnych oraz aby personel ten był lepiej płatny.

Wicewojewoda Przybysz podkreśla, iż widocznie w referatach powiatowych jest wadliwa organizacja pracy, jeżeli lekarz powiatowy sam musi wszystkiego doglądać i lekarze powiatowi nie stosują się do przepisów ustawy z r. 1928. Ponadto stan sanitarny powiatów jest zły i lekarz powinien zająć się tymi sprawami przede wszystkim.

Dr Anselm wyraża zdziwienie, iż lekarzom powiatowym nie wystarcza 1 siła kancelaryjna i dezynfektor, gdyż np. przed wojną sam był lekarzem powiatowym i nie posiadał pomocy kancelaryjnej, a tylko dezynfektora, a jednak praca szła dobrze. Następnie Dr Anselm prosi, aby lekarze, którzy nie posiadają jeszcze pomocy kancelaryjnej wstali (wstało 5 lekarzy) i przyrzeka tym lekarzom, iż postara się tę pomoc przydzielić. Ponadto Dr Anselm zaznacza, iż kontrolerzy sanitarni odbędą specjalne przeszkolenie, a więc i praca ich będzie wydatniejsza.

Dr Szumski, Myślenice, w imieniu wszystkich lekarzy prosi, aby mogli się oni swobodnie wypowiedzieć, gdyż nie chcieliby wyjechać z przykrym wrażeniem. Lekarze powiatowi mają pracę odpowiedzialną i trudną, mają być także organizatorami służby zdrowia w terenie i prac tych podejmują się chętnie, wkładając w nie cały swój wysiłek. W akcji higienicznej pomagają lekarzom różne organizacje społeczne, jak harcerstwo, PCK itp., gdyż podniesienie stanu sanitarnego powiatów polega głównie na uświadomieniu społeczeństwa o zasadach higieny. Jeżeli chodzi o sprawy wodociągów, to na terenie Woj. Krakowskiego są tylko 44 wodociągi, wobec tego Dr Szumski proponuje wykonanie wodociągów grawitacyjnych i prosi o przydzielenie kredytów na budowę jednej studni w każdej gminie zbiorowej i gromadzie — razem 98 studni. Następnie Dr Szumski podkreśla, iż dla robienia sekcji zwłok powinien być w powiecie lekarz specjalista, gdyż np. lekarz powiatowy, który jest specjalistą ginekologiem nie może robić sekcji.

Dr Bilek zaznacza, iż właściwie lekarze powiatowi nie mają wiele do czynienia ze sprawą nosicielstwa duru brzusznego i raczej więcej zainteresowane w tej sprawie są oddziały zakaźne szpitali powiatowych. Następnie Dr Bilek podkreśla, iż naczyńka do badania krwi, jak i koperty, w których będą przesyłane, PZH niedługo przekaże lekarzom powiatowym, znaczków pocztowych jednak dostarczać nie będzie.

Dr Adwentowski prosi o przydział samochodu, który mu się jako lekarzowi powiatowemu należy. Poza tym potwierdza zdanie Dr Kuchty, iż jedna pomoc kancelaryjna jest to stanowczo za mało i prosi o zwrócenie uwagi na przyszłość, aby lekarzom powiatowym przydzielać jeszcze jedną siłę kancelaryjną.

Dr Głodzik podaje do wiadomości zebranych, że według posiadanych przez niego wiadomości, z Wieliczki i Bochni, na terenie całego Województwa Krakowskiego rozprowadzana jest sól jodowana.

Dr Runge, Brzesko, zaznacza, iż nie posiada w swym referacie pow. odpowiednio wyszkolonego kontrolera sanitarnego i prosi o ew. skierowanie wyszkolonego kandydata na to stanowisko. Następnie Dr Runge podkreśla, iż ośrodki zdrowia na terenie jego powiatu są liche i nie mają odpowiednich pomieszczeń i zwraca się do Wydziału Zdrowia z prośbą o skierowanie siły pielęgniarskiej oraz kontrolera sanitarnego. W sprawie budowy ośrodków zdrowia Dr Runge prosi o kredyty na wybudowanie ośrodka zdrowia w Czchowie nad Dunajcem i zaznacza, że wówczas rozwiązana byłaby również sprawa mieszkania dla lekarza i pielęgniarki.

Dr Adwentowski podaje, iż istnieje przepis, na podstawie którego zaopatrywanie biura lekarzy pow. w starostwach należy do Min. Adm. Publ., ale zdaniem jego powinno się tą sprawą zajmować raczej Min. Zdrowia.

Dr Anselm podkreśla, iż Wydział Zdrowia docenia pracę lekarzy powiatowych. Ideałem byłoby, aby każdy lekarz powiatowy miał swego zastępcę, jednak sprawa ta jest nie do przeprowadzenia ze względu na ogólny brak lekarzy. Oczywiście kontroler sanitarny tylko na niewielkim odcinku jest w stanie odciążyć lekarza pow. w jego pracy i im bardziej jest wyszkolony, tym wię-

cej może pomóc. Dlatego też Wydział Zdrowia położy specjalny nacisk na akcji doszkolenia kontrolerów sanitarnych na 3-miesięcznych kursach organizowanych przez PZH.

Dr ZBIGNIEW CAPIŃSKI

O społecznym znaczeniu chorób wenerycznych i ich zwalczaniu

Przypuszczam, że tytuł tego pierwszego referatu zdziwił niejednego z Kolegów. Wydawać się może niepotrzebnym mówienie z lekarzami na ten temat, jako zbyt dobrze znany. Nie mam też zamiaru rozwodzić się obszernie nad tym, dlaczego choroby weneryczne uważamy za choroby społeczne.

Jeżeli jednak tym tematem postanowiliśmy rozpocząć dzisiejsze obrady, to dlatego, ponieważ u progu wielkiej akcji zwalczania chorób wenerycznych, którą w tym roku przeprowadzi Ministerstwo Zdrowia, musimy sobie pewne nawet podstawowe prawdy uprzytomnić, by tym lepiej móc z nich wyciągnąć praktyczne wnioski.

W okresie powojennym choroby weneryczne, dzięki niespotykanemu dotychczas na naszych ziemiach nasileniu nabrały tak wielkiego znaczenia, że należy na ten odcinek zdrowia publicznego zwrócić szczególną uwagę.

Pod tym względem można by się wzorować na innych państwach, takich, jak np. Kraje Skandynawskie, gdzie mimo znacznie mniejszej, niż u nas ilości zachorowań już dawno poświęcono temu zagadnieniu szczególną i wszechstronną uwagę i podjęto tak energiczną walkę z tymi chorobami, że w znacznym stopniu uporano się z nimi. Jako przykład niech posłuży fakt, że w roku 1934 w Szwecji przypadało na 100.000 mieszkańców zaledwie 7 nowych zakażeń kilą. Obecnie w Krakowie samym, liczącym 300.000 mieszkańców zgłasza się tylko w samych przychodniach publicznych (klinicznej, szpitalnych, ubezpieczalni społecznej i ośrodków zdrowia) około 10 (d z i e s i ę ć) osób d z i e n n i e (!) ze świeżą kilą!

Dla porównania podam, że w przeprowadzonych ostatnio serologicznych badaniach ludności wiejskiej w naszym Województwie znaleźliśmy 1,3% dodatnich wyników, zaś w analogicznych badaniach pracowników zakładów przemysłowych ilość dodatnich wyników przekracza 2%. Zaznaczyć należy, że przecież ilość dodatnich wyników serologicznych jest zawsze niższą od faktycznej ilości chorych.

W innych krajach walka z chorobami wenerycznymi, choć nie osiągnęła tak znakomitych wyników, jak w Danii, Szwecji i Norwegii, czyni jednak duże postępy, jako przykład mogą służyć Stany Zjednoczone A. P., Rosja i Francja. Ale wszędzie tam chorób wenerycznych nie uważa się za cierpienie jednostek wymagające jedynie leczenia, tam wszędzie państwo, stan lekarski i społeczeństwo zdaje sobie dokładnie sprawę z tego, iż choroby weneryczne to poważne i trudne zagadnienie społeczne, posiadające wiele aspektów, z których jednym zaledwie jest aspekt czysto lekarski, leczenie.

U nas niestety sprawa przedstawia się gorzej. Wprawdzie, jak powiedziałem na początku, każdy z Kolegów niewątpliwie zdaje sobie sprawę ze społecznego znaczenia chorób wenerycznych, jednak nie każdy ma możność wyciągnięcia z tego praktycznych wniosków i wzięcia czynnego udziału w celowym zwalczaniu, będąc zmuszonym często tylko do leczenia chorych, co według współczesnych na tę kwestię poglądów nie może być uważane za wystarczające.

Jeżeli idzie o szerokie warstwy społeczeństwa, to tu sprawa przedstawia się, powiedzmy to sobie otwarcie — zupełnie źle. Jakkolwiek pewne podstawowe wiadomości odnośnie chorób wenerycznych, podobnie jak gruźlicy, powinny być udziałem jak najszerszego ogółu, to należy stwierdzić, że nasze społeczeństwo jest uświadomione w minimalnym stopniu. Wiadomości o chorobie znikome lub bałamutne, nieznajomość roli społecznej tych chorób powszechna, a przecież w walce państwa i lekarzy z chorobami wenerycznymi współdziałanie uświadomionego społeczeństwa jest koniecznym warunkiem powodzenia.

Już przed ostatnią wojną uważano samo leczenie chorób wenerycznych za niewystarczające. W różnych krajach robiono szereg prób, by walkę z nimi potraktować szerzej i leczenie uzupełnić kontrolą nad chorymi i uświadamianiem społeczeństwa, posługując się słowem żywym, pisanym, wystawami, filmami, radiem. A przecież działo się to w czasach spokojnych, w ustabilizowanych warunkach, kiedy choroby weneryczne nie szerzyły się tak, jak dziś, gdy możemy wprost mówić o epidemii. W Polsce nie mieliśmy wtedy do czynienia z masowymi ruchami ludności, materiał ludzki był znacznie bardziej osiadły i uchwytny, stąd warunki prowadzenia systematycznego leczenia lepsze.

Wydaje mi się, że istotę zwalczania chorób wenerycznych można ująć w następujących 2 punktach: 1) pozyskanie do skutecznego leczenia jak największej ilości chorych i 2) ustrzeżenie przed zakażeniem jak największej ilości zdrowych.

Wyłaniają się z tego trzy zasadnicze elementy: a) samo leczenie, b) objęcie w opiekę lekarską możliwie największej ilości już zakażonych i c) akcja zapobiegania i uświadomienia.

Pominę obecnie kwestię leczenia, gdyż będzie omówiona w osobnym referacie, zajmę się natomiast pozostałymi punktami. Są one równie ważne, jak leczenie, bez ich uwzględnienia nie można liczyć na uporanie się z klęską chorób wenerycznych i jakkolwiek są to zadania obszerne; przerastające możliwości pojedyńczego lekarza, to jednak muszą być lekarzowi znane, a ważna ich rola musi być należycie przez lekarza oceniona. Nie tylko bowiem leczenie, ale i kierownictwo całej akcji zwalczania chorób wenerycznych musi spoczywać w rękach lekarza.

Choroby weneryczne swoim charakterem róż-

nią się zasadniczo od wszystkich innych chorób i właśnie te cechy, które je od innych chorób różnią czynią walkę z nimi tak trudną i powodują, że są one tak niebezpieczne dla otoczenia i dla samych chorych oraz obciążają społeczeństwo i państwo ogromnymi wydatkami.

Ścisła łączność z najintymniejszą sferą życia ludzkiego, osłona wstydu i przesądów opóźniają lub powstrzymują w ogólności chorego od szukania pomocy lekarskiej, a utajony przez długie okresy choroby jej przebieg wprowadza chorego i otoczenie w błąd. Dotychczasowe długie i uciążliwe leczenie kiły odstrasza mniej odpowiedzialne i mniej uświadomione jednostki od leczenia. Stąd dla dobra chorego i jego otoczenia wypływa konieczność skłaniania go do leczenia przy użyciu perswazji lub w razie konieczności przymusu.

Choremu wenerycznie nie można pozostawić sprawy jego leczenia, musi się go dopilnować, a nawet szukać. Sprawa choroby nie jest tylko jego prywatną sprawą, jest sprawą otoczenia, które narażone jest na zakażenie i państwa, które ponosi bolesne straty w przyroście naturalnym oraz ogromne koszty związane z leczeniem, rentami inwalidzkimi, stratą dni roboczych i utrzymywaniem przez długie lata umysłowo chorych, paralityków i niedorozwiniętych.

Dla zobrazowania powyższego przypomnę kilka danych. Wg autorów francuskich w 20—30% poronień przyczyną jest kiła. W roku 1929 w Warszawie na 22.138 porodów zanotowano 664 przypadków kiły u noworodków, co stanowi 3% — na podstawie tego obliczono w Polsce około 10—15.000 narodzin dzieci kiłowych rocznie. Śmiertelność tych dzieci jest bardzo wysoka, gdyż na 80 żywo urodzonych dzieci kiłowych 59 zmiera w pierwszym roku życia (Badania Kliniki Wileńskiej).

Śmiertelność z powodu kiły wśród dorosłych jest też niemała. Wystarczy wspomnieć, że rocznie w Stanach Zjednoczonych kiła powoduje więcej zgonów, niż zapalenie przednich rogów rdzenia, ostry gościec stawowy, malaria, płonica, błonica, zapalenie opon mózgowych, tyfus, paratyfus, koklusz, czerwonka i zakażenie połogowe — razem wzięte (1944).

Jeżeli idzie o wydatki, jakie w związku z chorobami wenerycznymi ponosi społeczeństwo, to przedstawiają się one również poważnie.

Koszty utrzymania syfilityków, weteranów armii amerykańskiej z I wojny światowej, wyniosły do roku 1940 — 82 miliony dolarów.

W Stanach Zj. A. P. państwo traci rocznie z powodu opuszczania pracy przez pracowników z winy chorób wenerycznych 168 milionów dolarów. Niemcy w analogiczny sposób traciły przed wojną 605 milionów RM.

W Stanach Zjednoczonych A. P. zwalczanie chorób wenerycznych kosztowało w 1939 r. 600 000 dol., zaś w tym samym roku utrzymanie i leczenie chorych ze zmianami na tle kiły w zakładach dla umysłowo i nerwowo chorych kosztowało 2,550.000 dolarów.

Sądzę, że tych kilka danych liczbowych i rozważań ogólnych wystarcz, a przystępując do omówienia praktycznych możliwości w walce z chorobami wenerycznymi, chciałbym podkreślić różnice między terminem „leczenie" a „zwalczanie" chorób wenerycznych. Zwalczanie jest określeniem szerszym i obejmuje oprócz leczenia także takie elementy, jak np. uświadamianie, badania masowe i wszystkie inne procedury służące temu celowi.

Chorzy, którzy zgłaszają się dobrowolnie i z własnej inicjatywy do badania i leczenia, to tylko część ogromnego zastępu chorych i to właśnie część mniej groźna, bo leczeniem doprowadzamy tych ludzi po kilku, czy kilkunastu tygodniach do stanu praktycznej niezakaźności wobec otoczenia i mamy ich (a przynajmniej powinniśmy mieć) w ewidencji.

Najgroźniejszą jest i najbardziej zagrożoną ta część, która się do leczenia nie zgłasza. Ci chorzy stanowią przede wszystkim przez długie okresy źródła zakażenia czy to dla zdrowych, czy dla już leczonych i wyleczonych, którzy często wracając do swych partnerów seksualnych ulegają ponownemu zakażeniu. Poza tym nawet gdy przejdą w okresy utajenia choroby i staną się dla otoczenia mniej groźni, pozostając nadal w stanie choroby, wcześniej, czy później zapełnią w szpitalach oddziały weneryczne, psychiatryczne, czy wewnętrzne, a ich dzieci znajdą się w zakładach dla niedorozwiniętych itp.

Leczenie tylko tych, którzy sami do leczenia się zgłaszają, bez sięgania po resztę chorych w bardzo tylko małym stopniu może powstrzymywać lawinowe narastanie epidemii chorób wenerycznych, a nie jest absolutnie w stanie powstrzymać całkowicie, czy choćby wydatnie zmniejszyć wzrostu zapadalności. Najskuteczniejszym środkiem w zwalczaniu chorób wenerycznych jest wyszukiwanie i ściąganie do leczenia chorych stanowiących źródła zakażenia i związane z tym ściśle zgłaszanie przypadków choroby wenerycznej, o czym będę mówił w dalszej części tego referatu. Są to zresztą środki o charakterze przymusowym, stosowane wobec chorych.

Wobec zdrowych obowiązki nasze polegają na prowadzeniu akcji uświadamiania i zapobiegania. Uświadomienie, to broń potężna w walce z chorobami wenerycznymi; społeczeństwo uświadomione jest doskonałym sojusznikiem lekarza w tej walce. Służba Zdrowia państw skandynawskich, Stanów Zj. A. P., Francji i Rosji kładzie duży nacisk na ten punkt programu walki z chorobami wenerycznymi i wydatkuje na ten cel duże sumy, wnioskując słusznie, że te wydatki stanowią oszczędność dla państwa.

Mamy wiele możliwości i sposobów do prowadzenia akcji uświadomienia; najczęściej stosowany, to wykład, czy pogadanka. Odrazu chciał-
szcze, to jest dla wszystkich chcących go wysłu-
ka w formie stosowanej dawniej i często dziś je-
bym tu zaznaczyć, że wykład, względnie pogadan-
chać — jak stwierdzono, odnosi raczej mały skutek. Jeżeli uczestnictwo w takim wykładzie jest

dobrowolne, to słuchaczami przede wszystkim są ci, którzy są osobiście przedmiotem zainteresowani (chorzy lub podejrzewający u siebie chorobę), dalej garstka erotomanów i amatorów pikantnych szczegółów, a tylko w niewielkim odsetku ci, o których najbardziej idzie, czyli zdrowi a nieuświadomieni.

Według współczesnych poglądów znawców tego zagadnienia, wykłady uświadamiające powinny być organizowane i przystosowane do poszczególnych grup słuchaczy, którzy powinni uczestniczyć w nich obowiązkowo, najlepiej w trakcie specjalnych przerw podczas zajęć. Młodzież starsza w szkołach wszelkiego rodzaju, kursy dokształcające dla dorosłych, zakłady pracy, organizacje i stowarzyszenia, oto teren, który powinniśmy wykorzystywać dla wykładów. Nie mogę tu wdawać się w szczegóły, które zostaną obszernie omówione w specjalnym przewodniku dla wykładowców na ten temat, który znajduje się w opracowaniu.

Inne sposoby uświadamiania społeczeństwa poprzez broszury, ulotki, plakaty, wystawy, film i radio były dla nas dotychczas niedostępne, zupełnie lub częściowo ze względu na brak kosztownego materiału propagandowego. W planie Ministerstwa Zdrowia na rok 1948 te pozycje są już uwzględnione i potrzebne materiały mamy niebawem otrzymać. Pomoc w tej właśnie akcji stanowi jedno z głównych zadań Komisyj Społecznych dla zwalczania chor. wener. — W Polsce, obecnie, cała akcja uświadamiająca (propaganda przeciwweneryczna) została przejętą przez Polski Związek Przeciwweneryczny, który obecnie po przymusowej przerwie wojennej podjął ponownie swą działalność. Polski Związek Przeciwweneryczny jest częścią Międzynarodowego Związku Walki z Chorobami Wenerycznymi (Union International contre le Peril Venerien) mającego swą siedzibę główną w Paryżu.

Pewną pozycję stanowi także uświadamianie indywidualne chorych, osób wstępujących w związki małżeńskie, kobiet ciężarnych, przy czym tu praca lekarza powinna napotkać na czynne poparcie ze strony wychowawców, rodziców i duchowieństwa. Łączą się te zadania z zagadnieniem alkoholizmu i uświadomienia seksualnego młodzieży.

W ramach akcji badawczo-zapobiegawczej główną rolę odgrywają masowe badania grup ludności, polegające narazie u nas głównie na badaniach serologicznych krwi. Pozwalają nam one wykrywać kiłę, o której często pacjent sam nie wie, kiłę starą nieleczoną, lub leczoną niedostatecznie, kiłę wrodzoną, a co najważniejsze kiłę ciężarnych.

Badania serologiczne w kierunku kiły powinny być stosowane jak najszerzej. Powinno się wprowadzić na stałe zwyczaj pobierania krwi każdemu choremu przyjmowanemu do szpitala z jakiegokolwiek powodu, każdej bezwzględnie ciężarnej w możliwie wczesnych okresach ciąży i każdej rodzącej. Sądzę, że obowiązkowe badania serologiczne krwi wprowadzone obecnie przy badaniu przedślubnym, będą w przyszłości rozszerzone na młodzież rozpoczynającą każde studia, na poborowych, na przyjmowanych do pracy itp. Korzyści wypływające z systematycznych badań obrazuje fakt, że od czasu wprowadzenia badań przedśl. i ciężarnych, tj. w ostatnim dziesięcioleciu śmiertelność dzieci z kiłą wrodz. w St. Zj. spadła o 60%. Wyniki te były tak przekonywujące, że podczas gdy w 1937 r. ani jeden Stan nie miał dla swych obywateli obowiązku badania ciężarnych i badań przedślubnych, to obecnie obowiązuje to w 36 Stanach.

Dążeniem naszym winno być wprowadzenie badania krwi przy każdej pierwszej wizycie chorego w gabinecie lekarskim, a tym bardziej w ośrodku zdrowia. To wprawdzie napotykałoby jeszcze obecnie na przeszkody techniczne i byłoby trudne do przeprowadzenia ze względu na koszty. Metoda badania suszonej kropli krwi według Chediaka może te trudności usunąć już w niedalekiej przyszłości.

Jak najszersze stosowanie badania serologicznego krwi leży w interesie chorych i społeczeństwa, to też powinniśmy na to się nastawiać i do tego dążyć. Jest bardzo ważną rzeczą, by w tym kierunku wychowywać społeczeństwo. Musimy zwalczyć przesąd, że serologiczne badanie krwi przynosi ujmę. Przez perswazję i częste stosowanie tego badania powinniśmy je tak upowszechnić i tak do niego przyzwyczaić ogół, jak do innych badań dodatkowych, np. badania moczu, czy prześwietlenia promieniami Rtg.

Weźmy dla analogii zabieg Crede'go. Przecież dziś już mało kto zdaje sobie sprawę, że zakraplając spojówki każdego noworodka, posądza się właściwie jego rodziców o rzeżączkę. Nikogo to już dziś nie oburza i nikt nie protestuje.

Obecnie dokładniej omówię te dwa elementy zwalczania chorób wenerycznych, do których dzisiaj przywiązujemy szczególną wagę, które, jak doświadczenie innych krajów wykazuje, dają ogromne korzyści, a które w lecznictwie polskim będą nowością.

Mam tu na myśli zgłaszanie przypadków chorób wenerycznych i wyszukiwanie źródeł zakażenia.

Wprawdzie okupant niemiecki wprowadził u nas te dwie procedury w czasie wojny, jednak ze zrozumiałych względów nie odegrały one tej roli, jaką odegrać mogą, gdy są stosowane z pełnym zrozumieniem i z całą dobrą wolą.

Jak już wspomniałem, te procedury zyskały powszechne uznanie w krajach, gdzie zwalczanie chorób wenerycznych postawione jest na wysokim poziomie i gdzie zagadnienia te studiuje się metodami naukowymi w oparciu o wiarygodne i dokładne dane liczbowe i duży materiał chorych.

Mam na myśli w pierwszym rzędzie Stany Zj. A. P. i Kraje Skandynawskie. Przy tej sposobności chcę nadmienić, że nie mogę powoływać się na dane dotyczące Rosji Radzieckiej, gdyż nie mogłem uzyskać koniecznego materiału.

Ponieważ już w pierwszej połowie bieżącego roku zgłaszanie przypadków chor. wen. i źródeł zakażenia będzie wprowadzone u nas w całym Państwie i będzie obowiązywać nas wszystkich, korzystam ze sposobności, by je tu pokrótce omówić.

Jak zapewne wszyscy Koledzy wiedzą, pierwsze polega na pisemnym zgłaszaniu każdego przypadku choroby wenerycznej, rozpoznanej przez jakąkolwiek placówkę diagnostyczną lub terapeutyczną, do centralnej kartoteki chorych. To jest zasadą postępowania.

Chcę tu odrazu wyjaśnić, że używając terminu placówka diagnostyczna i placówka terapeutyczna rozgraniczam je biorąc pod uwagę, że czasem placówka diagnostyczna nie jest równocześnie terapeutyczną — mam na myśli pracownię analityczną, która może postawić rozpoznanie, a nie leczy.

W szczegółach, podana powyżej zasada, jest różnie wykonywana w różnych krajach. Zgłaszanie przypadków może być imienne, bezimienne, względnie kombinowane. W pewnych krajach, jak na przykład w Niemczech i w Stanach Zj. (a przynajmniej w tych stanach, w których zgłaszanie obowiązuje) zgłasza się przypadek choroby wenerycznej z podaniem pełnego imienia i nazwiska chorego. W Krajach Skandynawskich dokonuje się zgłoszenia, podając tylko datę urodzenia i inicjały chorego z tym jednak, że nazwisko jego znane jest lekarzowi zgłaszającemu. We Francji dopuszczalne jest także podawanie tylko pseudonimu.

Oczywiście za najskuteczniejszą uważamy metodę imiennego zgłaszania, zwłaszcza w społeczeństwach mało zdyscyplinowanych i uświadomionych.

Między innymi wielką zaletą tej właśnie metody jest unikanie pomyłek statystycznych przez uniemożliwienie kilkakrotnego zaliczania tych samych przypadków, np. gdy pacjent zmienia lekarza. Podawanie imienne upraszcza także postępowanie przy konieczności wyszukania chorego, np. by go skłonić do kontynuowania przerwanego leczenia. Wreszcie bardziej zobowiązuje chorego i przywiązuje go do lekarza.

Metoda ta ma jednak i swoją wadę. Pacjenta podejrzliwego, czy przeczulonego na punkcie dyskrecji może wstrzymywać od szukania opieki lekarskiej w ogóle lub pchnąć w ręce szarlatanów i partaczy. By ten moment wyeliminować, należy wzmacniać i gruntować zaufanie do akcji zgłaszania. W tej myśli w krajach, gdzie stosuje się zgłaszanie przypadków personel zatrudniony bywa starannie dobierany i przestrzega się wszelkich środków ostrożności dla zabezpieczenia tajemnicy samej kartoteki i korespondencji jej dotyczącej. Jest to w istocie tylko rzecz dobrego zorganizowania całego aparatu i odpowiedniego poziomu personelu zatrudnionego.

Nawiasem trzeba wspomnieć, że i u nas nazwiska setek i tysięcy chorych wenerycznie gromadzi się stale w ambulatoriach wszelkiego rodzaju oraz w kancelariach szpitalnych i klinicznych, a nikt nie protestuje, ani nie kwestionuje tego stanu rzeczy, nie ma zresztą do tego powodu.

Zgłaszanie przypadków ma dla zwalczania chorób wenerycznych ogromne znaczenie. Przede wszystkim jako podstawa do wyszukiwania i unieszkodliwiania źródeł zakażenia, co jest właściwie jądrem zagadnienia. Poza tym dla pracowników służby zdrowia stanowi podstawowy materiał do statystyki. Statystyka jest cennym instrumentem u nas jeszcze niestety na ogół niedocenianym, najczęściej zresztą dlatego, że statystyka jest identyfikowana ze złą statystyką. Rzeczywiście zła statystyka jest gorsza niż żadna.

Ale dobrze, uczciwie sporządzona i umiejętnie odczytana statystyka, daje ogromne korzyści dla uzyskania danych epidemiologicznych, dla oceny metod leczniczych i skuteczności leków oraz dla planowania w zakresie lecznictwa. Dokładna analiza statystyki może nie raz wyjaśnić zagadnienia mające duże znaczenie praktyczne. Tak naprzykład rozpowszechnienie szczepień ochronnych przeciwkrztuścowych, które dają tak doskonałe wyniki w Stanach Zjedn., ma swój początek w analizie statystyk śmiertelności dzieci w stanie Tennessy w latach 1938—42. Na tej podstawie tamtejszy Departament Zdrowia zorientował się dokładnie w fatalnej roli, jaką odgrywa ksztusiec w śmiertelności dzieci, zwłaszcza poniżej pierwszego roku życia.

Dalsza korzyść ze zgłaszania przypadków, to możność zapobiegania znikaniu pacjentów na początku, czy w trakcie kuracji, w ogóle przed ukończeniem leczenia. To znikanie pacjentów jest plagą dobrze znaną każdemu praktykowi i wobec tego tak bardzo niepożądanego zjawiska byliśmy dotychczas najczęściej bezsilni. Lekarz bowiem nie ma ani czasu, ani egzekutywy, by opieszałego, czy złośliwie zaniedbującego leczenie pacjenta szukać, czy też ściągać do leczenia. Zresztą ponieważ jest to związane z kwestią opłaty za leczenie, często lekarz nie chce zbyt natarczywie lub w ogóle upominać pacjenta, by nie być posądzonym, że idzie o względy finansowe.

W ten sposób mnoży się rokrocznie zastęp nieleczonych lub niedoleczonych, a tym samym siewców infekcji i kandydatów na późne zmiany kiłowe.

Całą tę czarną robotę w krajach, gdzie zgłaszanie przypadków obowiązuje wykonuje właśnie kartoteka centralna. Robione to jest zresztą, jak można najdyskretniej i jak długo można delikatnie, a dopiero w wypadku złej woli i uporu przymusem — po uprzednim ostrzeżeniu.

Ciekawym jest, że w Stanach Zj., gdzie każdy obywatel tak zazdrośnie, może nawet przesadnie strzeże swej wolności osobistej, wprowadzono jednak to postępowanie, które pozornie tę wolność osobistą ogranicza. Amerykanie wyszli z założenia, że wolność osobista nie może sięgać tak dale-

ko, by dawała komukolwiek prawo narażania współobywateli na zakażenie. Trudno odmówić słuszności tej zasadzie. I znów posłużę się analogią. Przecież nikomu nie wpadnie do głowy, by protestować przeciw zgłoszeniu przez lekarza wypadku duru, czerwonki, czy błonicy. Naturalnie jest to coś innego, gdyż w tych schorzeniach nie wchodzi w grę moment intymności i wstydu, ukryć je trudno, więc zgłoszenie niewiele lub wcale nie zmienia stanu rzeczy, zaś ujawnienie choroby nie pociąga za sobą tych niemiłych konsekwencyj, np. towarzyskich, co przy chorobie wenerycznej. Sprawa więc ostatecznie sprowadza się do zachowania dyskrecji i wzbudzenia zaufania społeczeństwa do tej procedury.

Jak dowodzą liczne, zwłaszcza amerykańskie publikacje na ten temat, poparte starannie sporządzonymi statystykami — zgłaszanie przypadków zyskuje coraz więcej zwolenników wśród lekarzy.

Życie wykazuje, że zgłaszanie nie tylko nie zmniejsza lekarzowi praktyki, jak się początkowo wielu lekarzom zdawało, lecz nawet zwiększa ją, a solidarnie przez wszystkich lekarzy stosowane przyzwyczaja społeczeństwo do tej procedury. Ogół przekonuje się, że nie jest to ani szykana, ani krzywda, lecz coś zwykłego, czego się nie da uniknąć i czemu trzeba się poddać tak, jak zgłoszeniu innej choroby zakaźnej, przy czym nawet nie pociąga to nawet za sobą, jak w tym ostatnim wypadku konieczności leczenia szpitalnego.

Zgłaszanie przypadków jest ściśle związane ze zgłaszaniem kontaktów seksualnych i wychwytywaniem wśród nich źródeł zakażenia. Jest nie mniej ważne zadanie w akcji zwalczania chor. wener.. niż samo leczenie chorych.

Staje się to zupełnie jasne, gdy uprzytomnimy sobie momenty, które w chorobach wenerycznych odgrywają tak istotną rolę. Pierwszy, to możliwość nieświadomości własnej choroby, co odnosi się głównie do kobiet. Wiele chorych kobiet rzeczywiście nieświadomie zaraża tylko dlatego, że nigdy nie zostały zgłoszone, jako przypuszczalne źródła zakażenia i tym samym nie spowodowano ich badania.

Drugi, to częstość niskiego poziomu moralnego i umysłowego wśród pewnego odłamu chorych wenerycznie, jak np. prostytutki, zwłaszcza tajne. W tych wypadkach uchwycenie źródła zakażenia zapobiega dalszemu szerzeniu się choroby.

Na poparcie tego, co powiedziałem, podam kilka przykładów, przy czym nie przesądzając tego, że w innych krajach uzyskuje się jeszcze lepsze wyniki, sięgnę po najbardziej nam dostępny materiał, a więc doniesienia amerykańskie.

Według ostatnich doniesień w Ośrodku Zdrowia w Alto stanu Georgia na 1 zgłoszony przypadek kiły świeżej (lues I i II) ustala się przeciętnie 4 kontakty seksualne, a wśród nich wykrywa 1,3 osobnika z kiłą. Doniesienia z szeregu innych Ośrodków i Stanów pokrywają się mniej więcej w wynikach.

Według ostatnio opublikowanego doniesienia ze specjalnie dla celów doświadczalnych ustalonego obszaru w stanie Virginia, składającego się z dużego miasta i trzech wiejskich okręgów — wynika, że przy pomocy personelu służby zdrowia stale tam pracującego, udaje się na podstawie zgłaszania przypadków i wyszukiwania źródeł zakażenia na 100 zgłoszonych przypadków kiły 1- i 2-rzędnej uchwycić 85 ich zakaźnych kontaktów seksualnych. Ważną jest jeszcze okoliczność, że na tych 85 wyszukanych, 39, to przypadki kiły do tego czasu w ogóle nie leczonej, które dopiero w ten sposób pozyskuje się do leczenia.

Przytaczałem tu dane zebrane w odmiennych warunkach i dotyczące ludności różniącej się psychiką i warunkami życia od naszej. Jak sprawa ta ukształtuje się w praktyce u nas, trudno jest dzisiaj przewidzieć — pewne, choć niedokładne wyobrażenie o tym może dać jedynie zestawienie z okresu okupacji, odnoszące się do lat 1940—43, jakie uzyskałem od Dr H. Kaczyńskiego, lekarza Starostwa Grodzkiego w Krakowie.

Na 100 zgłoszonych kontaktów seksualnych w doniesieniach o chorobie wenerycznej wykrywano w r. 1940 — 25 kontaktów tych, reszty nie dawało się wykryć, częściowo dlatego, że były to fałszywie podane, fikcyjne dane, częściowo dlatego, ponieważ trzeba było poniechać szukania (Podziemie, partyzantka, w ogóle osoby zaangażowane lub zagrożone ze strony okupanta).

W roku 1941 liczba wyszukanych kontaktów podniosła się na 50, zaś w 1942 i 1943 na 60 i więcej (rekordowa liczba — 72).

Te sukcesy w latach 1942 i 1943 należy przypisać częściowo wzrostowi zaufania lekarzy do akcji, zwłaszcza do dyskrecji, jaka ją cechowała, następnie faktowi, że w Krakowie władze okupacyjne pozostawiły ją w rękach polskich, powierzając jej kierownictwo lekarzowi Polakowi, poza tym, że tenże w tych latach odrzucił pomoc policji i posługiwał się własnym wyszkolonym personelem polskim. To ostatnie umożliwiło dyskretny tok akcji i należyte poszanowanie tajemnicy dla posądzonego o chorobę.

Nie można także zapominać, że przenoszenie zakażenia chorobą weneryczną, a przede wszystkim kiłą, może nastąpić również drogą pozapłciową. Klinika Dermatolog. U. J., jak również inne zakłady lecznicze stwierdzają w ostatnim czasie wzrost ilości tych zakażeń: zakażenia fryzjerskie, zmiany pierwotne w ustach i na migdałkach pojawiają się coraz częściej. Są to dowody na to, że poszukiwania źródła zakażenia nie można identyfikować z poszukiwaniem kontaktu seksualnego. Zagadnienie to wiąże się z kwestią podniesienia higieny życia codziennego i pracy, co jeszcze bardziej uwidacznia potrzebę zatrudnienia w tym dziale personelu, który się tej sprawie poświęci z odpowiednim zrozumieniem i odpowiednim przygotowaniem fachowym. W tej myśli w naszej akcji zatrudnione będą przy wyszukiwaniu źródeł zakażenia specjalne „pielęgniarki społeczne", o czym zresztą powiem przy omawianiu planu Ministerstwa Zdrowia.

Zdaję sobie sprawę, że powyższymi wywodami nie wyczerpałem całości zagadnienia; społeczne

znaczenie chorób wenerycznych, a zwłaszcza sposoby i metody walki z nimi, to temat tak obszerny, że w krótkim referacie wyczerpać go niepodobna. Życie rozwija ten temat znacznie szerzej i przypuszczam, że w dyskusji dalszej znajdzie to swoje odbicie.

Dr med. JERZY LEBIODA

Nowoczesne leczenie kiły ze szczególnym uwzględnieniem penicyliny

(Wykład kliniczny).

Przystępując do leczenia chorego na kiłę, możemy zastosować rozmaite metody i różne leki w zależności od tego, z jaką postacią kiły mamy do czynienia i jakie cechy konstytucjonalne posiada chory. Podstawą właściwego leczenia jest z jednej strony dokładna znajomość działania leku i jego dawkowania, z drugiej umiejętna ocena ustroju chorego, poznanie jego oddziaływania na zakażenie i na leczenie. Zadaniem naszym jest przeprowadzić leczenie w ten sposób, aby całkowicie wyleczyć chorego, nie narażając go na szkody, mogące powstać na skutek stosowanego leku. To założenie zmusza nas do indywidualizowania i nie pozwala trzymać się jakiegoś schematu jednakiego dla wszystkich chorych. Sposobów leczenia kiły jest bardzo wiele i trudno jest powiedzieć, który z nich jest najlepszy. Różne szkoły i różni autorowie zalecają odmienne sposoby leczenia. Trzeba jednak stwierdzić, że nastąpił w ostatnich czasach wielki przewrót w leczeniu kiły. Zdobycze chemii ostatnich lat przyniosły nowe środki w dziedzinie leczenia kiły. Równocześnie przekonano się, że niektóre dawne środki, którym przypisywano potężne działanie przeciwkiłowe, nie posiadają tej własności. Jeżeli przejrzymy arsenał leków przeciwkiłowych, to stwierdzimy, że do dawniej posiadanych: jodu, rtęci, arsenu i bizmutu przybył jeszcze jeden — penicylina. Należy jednak stwierdzić, że jodu już nie zalicza się do leków swoiście przeciwkiłowych, a rtęć tylko z trudnością można pozostawić wśród nich. Leki te powodują wprawdzie ustępowanie zmian kiłowych, jednak znacznie wolniej od pozostałych leków, a jod nie zmniejsza ani zakaźności, ani nie zapobiega nawrotom kiły wczesnej, ani powikłaniom późnym, rtęć zaś posiada to działanie tylko w słabym stopniu. Że obydwa te leki działają słabo, dowodzi tego fakt, iż w czasach F o u r n i e r'a okres zakaźny kiły u chorych leczonych rtęcią i jodem wynosił 3—5 lat, podczas gdy obecnie przy leczeniu bizmutowo-salwarsanowym przyjmuje się 30—40 tygodni. Dalszym dowodem małej skuteczności obu tych leków jest jeszcze i to, że leczenie jodowo-rtęciowe nie zapobiegało przeniesieniu kiły na potomstwo, podczas gdy leczenie salwarsanowo-bizmutowe prowadzi do tego w większości przypadków. Wynika z tego, że jod i rtęć, jeśli chodzi o leczenie kiły, zostaną raczej zachowane dla specjalnych przypadków. Pozostaje więc nam arsen, bizmut i dochodzi do nich penicylina. Jeżeli będziemy pamiętać, że wedle G o u g e r o t'a stosunek wartości przetworów przeciwkiłowych szeregowano następująco: arsenobenzol, bizmut i rtęć, a wyrażano go jak 10:8:6, to widzimy obecnie przewartościowanie środków przeciwkiłowych, gdyż istnieją oznaki, że penicylina zajmie przynajmniej przejściowo czołowe miejsce.

Zdobycze chemii ostatnich lat przyniosły nowy środek w dziedzinie arsenoterapii. Otrzymaliśmy nowy lek zwany mapharsenem, będący chlorowodorkiem tlenku 3-amino-4-oksyfenylo-arsinowego. Został on wprowadzony do lecznictwa w Stanach Zjednoczonych w 1936/37. Jest to środek zawierający 29% trójwartościowego arsenu i jest znacznie mniej toksyczny od nowarsenobenzolu. Do użytku otrzymujemy go w połączeniu z bezwodnym węglanem sodu, sacharozą i kwasem askorbinowym w postaci białego, drobnoziarnistego proszku, który szybko rozpuszcza się w wodzie. Otrzymany roztwór jest bezbarwny lub lekko żółty, należy go przed wstrzykiwaniem trzymać chwilę odkrytym, albo przepuścić przez niego strzykawką nieco powietrza, aby wydzielił się i ulotnił dwutlenek węgla. Roztwór mapharsenu jest zdatny do użytku najdalej w ciągu dwóch godzin od chwili przygotowania. Należy zwrócić uwagę, iż mapharsen jest 10-krotnie silniejszy w działaniu od novarsenobenzolu i dlatego też stosujemy przeciętnie u kobiet na dawkę pojedynczą 0,04 g, a u mężczyzn 0,06 g. Dawki te możemy stosować co piąty, względnie szósty, czy też siódmy dzień. W odróżnieniu od roztworów salwarsanowych roztwór mapharsenu wstrzykujemy dożylnie szybko, gdyż w ciągu 10—30 sekund, polecając po wstrzyknięciu podnieść rękę do góry i nie uciskać zbytnio miejsca wkłucia, unikamy bowiem w ten sposób bólu, występującego najczęściej w ramieniu, jeśli nie zastosujemy tego postępowania. Technika stosowania tego preparatu jest prosta i wygodna, działanie jego jest wybitne. Przeciętna szybkość znikania krętków wynosi 2,8 dnia, a negatywizacja odczynu Wassermanna następuje przeciętnie po 35 dniach. Ogólna opinia na podstawie dotychczasowych obserwacji uważa mapharsen za jeden z najlepszych leków arsenowych. Wypadki nieznoszenia mapharsenu są rzadsze niż innych preparatów arsenowych. Do najczęstszych objawów należą nudności i wymioty, pojawiające się nawet w kilka godzin po wstrzyknięciu, następnie podwyższona ciepłota i ostatnio dość często spotykana żółtaczka. Niektórzy autorzy wysunęli zapatrywanie, że żółtaczka w przebiegu leczenia arsenem nie występuje wskutek uszkodzenia miąższu wątrobowego arsenem, lecz jest wynikiem działania zarazka przesączalnego v i r u s i c t e r o g e n e s. H o w e l l s i K e r r obserwowali 47 przypadków żółtaczki u chorych leczonych penicyliną a to z powodu kiły u 14, z powodu rzeżączki u 27 chorych i u innych 6. Żółtaczka ta występowała w 61—157 dni od chwili leczenia. Autorzy ci ustalili, że częściej występuje ona u chorych leczonych w przychodniach i sądzą, że czynnik zakaźny (v i r u s i c t e r o g e n e s) zostaje przeniesiony z jednych chorych na drugich w czasie zabiegów lekarskich.

Mówiąc o nowoczesnym leczeniu kiły, nie można

pominąć milczeniem leku, który pozwala usunąć szkody, jakie mogą powstać na skutek leczenia arsenem, tzw. szkody posalwarsanowe. Doniedawna nie znaliśmy środka, który potrafiłby nam zobojętnić arsen wprowadzony do ustroju. Jak wiadomo, toksyczność preparatów arsenowych polega na zjawisku, iż łączą się one z fizjologicznie ważnymi związkami chemicznymi w komórce i blokują ją. Odnosi się to szczególnie do grupy SH, związanej z zaczynami proteinowymi. To stałe połączenie arsenu z białkiem tkanek było tylko czasami i to w bardzo małym stopniu odwracalne przez takie jednotiole, jak cysteina i glutation.

Chemicy angielscy w poszukiwaniu antidotum na gazy parzące arsenowe wyprodukowali w r. 1940 związek o budowie chemicznej 2,3 dwumerkatopropanol, noszący obecnie również nazwę B. A. L.-u (Brytyjski Anty-Luizyt). B. A. L. wykazuje 140 razy większe powinowactwo do arsenu aniżeli białka tkanek ustrojowych, przeto wprowadzenie tego środka do ustroju powoduje oderwanie arsenu z tkanek, wydalenie go i następowe odtrucie ustroju. W przypadkach ciężkich zatruć arsenowych stosowanie B. A. L.-u niewątpliwie zmniejsza śmiertelność, a w przypadkach lżejszych wyzdrowienie wyraźnie ulega przyszpieszeniu. Związek ten w czystym stanie jest bezbarwnym płynem oleistym. Obecnie stosowany jest jako 10% roztwór w oleju orzechów ziemnych i benzylu benzoesowego w zastrzykach domięśniowych. Po licznych próbach ustalono, że dawka lecznicza w zatruciach arsenem nie powinna przekraczać 3 mg na 1 kg wagi i że przerwy między wstrzyknięciami B. A. L.-u powinny wynosić około 4 godzin. U mężczyzny ważącego 60 kg przy stosowaniu 3 mg na 1 kg wagi należy wstrzykiwać 1,8 ml 10% roztworu co 4 godziny przez pierwsze 2 dni, a więc 6 wstrzyknięć dziennie; w trzecim dniu należy zmniejszyć ilość wstrzyknięć do 4 dziennie, a przez następne 10 dni stosować już tylko 2 zastrzyki dziennie. W przypadkach lżejszych uszkodzeń arsenowych podajemy po 2—2½ mg na 1 kg wagi w dłuższych odstępach czasu. Opisano przypadki przedawkowania mapharsenu, w których wstrzyknięto trzem chorym od 400—600 mg tego leku. Chorych tych następowo leczono B. A. L.-em i wszyscy trzej zostali uratowani. U chorych z po-arsenowym zapaleniem skóry po zastosowaniu B. A. L.-u najpierw ustępuje świąd i obrzęk, później cofają się inne objawy zapalenia. Im prędzej rozpocznie się leczenie B. A. L.-em, tym lepsze uzyskuje się wyniki. Sam B. A. L. przy zastosowaniu dużych dawek może dawać nieznaczne objawy uboczne takie, jak nudności, wymioty, bóle głowy itp.

Przystępując do omówienia sposobów leczenia kiły, należy stwierdzić, że obserwujemy obecnie próby zaniechania dawniejszych metod długotrwałego leczenia i wprowadzenia metod leczenia szybkiego. Przyczynił się do tego fakt, że większość chorych przerywa leczenie przed jego zakończeniem, często po zniknięciu zewnętrzych objawów chorobowych, ale jeszcze w okresie zakaźnym. Toteż dążenie do możliwie szybkiego usunięcia stanu zakaźności jest jedną z przyczyn, które skłoniły licznych autorów do szukania metod nowych.

W Europie hołdujemy prawie wyłącznie wieloletniemu leczeniu składającemu się z szeregu poszczególnych cyklów leczeń, 8—10-tygodniowych, oddzielonych od siebie coraz dłuższymi przerwami w miarę oddalania się od rozpoczęcia leczenia. Cykle takie składają się z 10—12 wstrzyknięć novarsenobenzolu w sumie od 5—7 g NS i z 16—20 wstrzyknięć bizmutu, zawierających 2 g metalicznego bizmutu.

W Ameryce Schamberg i Wright już w r. 1926 zalecali leczenie bez przerw. Metoda ta była krokiem w kierunku skrócenia czasu leczenia. Polegała ona na stosowaniu kolejnych okresów, podawania związków arsenowych a potem bizmutowych aż do przypuszczalnego uleczenia. Na podstawie zebranego doświadczenia Amerykanie ostatnio wprowadzili następujący system ciągłego leczenia (continous treatment): dla leczenia przypadków kiły pierwotnej surowiczo-ujemnej lub dodatniej, kiły objawowej drugorzędnej i kiły utajonej wczesnej, tj. do 4 roku po zakażeniu, system ten wyrażony jest skrótem „30—60—0—3“, przy czym „30“ oznacza liczbę wstrzyknięć preparatów arsenowych, „60“ — bizmutowych, „0“ oznacza leczenie bez przerw, „3“ oznacza lata leczenia łącznie z obserwacją. Leczenie rozpoczyna się novarsenobenzolem, który stosuje się w trzech cyklach 8-tygodniowych i jednym 6-tygodniowym. Cykle te są rozdzielone 4-tygodniowymi okresami, w których podaje się po 6 wstrzyknięć bizmutu z tym, że 2 wstrzyknięcia stosuje się w dwóch ostatnich tygodniach leczenia novarsenobenzolowego łącznie z nim. Po zakończeniu leczeń novarsenobenzolowych bizmut stosuje się 1 raz w tygodniu do ogólnej liczby 60 wstrzyknięć.

Leczenie kiły utajonej późnej po 4 roku choroby należy przeprowadzać w nieco odmienny sposób, oparty na tzw. modyfikacji „24—60—100“. Składa się on z trzech cyklów po 8 wstrzyknięć arsenobenzolu i 10 bizmutu. Po zakończeniu tego leczenia stosuje się nadal wstrzyknięcia bizmutu raz w tygodniu do osiągnięcia 60, 80 a nawet 100 wstrzyknięć. Ponadto zaleca się, aby corocznie przeprowadzić jedno leczenie, składające się z cyklu leczenia arsenowego i bizmutowego.

Jeżeli w czasie leczenia osobnika z kiłą pierwotną surowiczo-ujemną odczyny serologiczne zmienią się na dodatnie, to przypadki takie okazują się oporne na leczenie i wykazują skłonność do nawrotów. W tych razach zalecane jest dłuższe leczenie wyrażające się liczbami „40—80—0—4“, a składające się z 5 cyklów po 8 wstrzyknięć As przeplatanych leczeniem bizmutowym, składającym się z 10 wstrzyknięć bizmutu i zakończonym dalszym leczeniem bizmutowym aż do osiągnięcia 80 wstrzyknięć tego leku. Leczenie w tych przypadkach łącznie z obserwacją trwa 4 lata.

Badania serologiczne krwi przeprowadza się przed rozpoczęciem leczenia i po skończonym leczeniu oraz po upływie 3 i 6 miesięcy od jego ukończenia. Jeżli odczyny wypadają ujemnie, uważa się chorego za wyleczonego, natomiast gdy

odczyny wypadają dodatnio, odsyła się chorego do szpitala do dalszego leczenia i badania.

Jakkolwiek metody wyżej omówione są już obecnie odsuwane na plan dalszy, przez metody bardziej nowoczesne, to jednak dały one wyniki, które są podstawą do przypuszczenia, że 50—60-tygodniowe leczenie ciągłe bez przerw wystarcza do uleczenia kiły, a że 20-tygodniowe leczenie wystarcza dla osiągnięcia stanu niezakaźnego. Najnowsze amerykańskie metody skróconego a intensywnego leczenia polegają na zastosowaniu całej leczniczej dawki związków arsenowych w jeszcze krótszym czasie. I tak stosowana jest metoda, w której novarsenobenzol wprowadza się w postaci dożylnych wlewań kroplowych codziennie przez przeciąg 5 dni, względnie nawet krócej. Dzienną dawkę 0,2 względnie 0,24 g mapharsenu, zależnie od wagi chorego rozpuszcza się w 2000 ml 5% glukozy i wprowadza dożylnie metodą kroplówkową z szybkością 50—60 kropel na minutę. Zabieg taki trwa około 8—10 godzin. Dawka ogólna mapharsenu wynosi przy tym sposobie leczenia 1,0—1,2 g. Należy tutaj wspomnieć, że już przed wojną T z a n c k w Paryżu stosował leczenie intensywne przez 3 dni po 1,5 novarsenobenzolu w kroplówkach. Liczne jednak szkody posalvarsanowe stały na przeszkodzie przyjęciu tej metody.

Te metody szybkiego leczenia przedstawiają dość znaczne niebezpieczeństwo, gdyż, jak wykazuje statystyka, przy stosowaniu omówionej metody amerykańskiej, zwanej też chicagowską, śmiertelność zdarza się w 1 przypadku na 200—300 leczonych chorych.

Oprócz tych metod znana jest w Ameryce metoda 10-dniowego leczenia wstrzykiwaniami dożylnymi mapharsenu, w której lek ten wstrzykuje się 2 razy dziennie od 0,05—0,07 w zależności od wagi ciała chorego w 8—10 ml wody destylowanej. Na dawkę ogólną wypada 1,0—1,4 g mapharsenu, a ponadto stosuje się wstrzykiwania bizmutu w 1, 4, 8 i 12 dniu leczenia po 0,13—0,2 bizmutu metalicznego. Przy stosowaniu tych leczeń należy bacznie kontrolować stan chorego, w razie wystąpienia objawów toksycznego działania arsenu, jak podwyższenie ciepłoty, bóle głowy przerwać leczenie i decydować się na dalsze dopiero po ustąpieniu tych objawów. Wyniki lecznicze w zakresie leczenia kiły tą metodą są jednak dobre. Leczenie intensywne może być stosowane w kile pierwszo- i drugorzędnej objawowej, w drugorzędnej nawrotowej i utajonej wczesnej, u chorych poprzednio nie leczonych lub mało leczonych, przede wszystkim u młodych mężczyzn, silnie zbudowanych, wolnych od schorzeń narządów wewnętrznych.

Leczenie kiły związkami arsenowymi i bizmutowymi ma dwie ujemne strony znane nam oddawna. Jest to toksyczność i długotrwałość. Dążenie do skrócenia czasu leczenia zmusza do zwiększenia dawek leków arsenowych, co prowadzi do zatruć i szkód salwarsanowych. Toteż uzyskanie leku, który niszczyłby krętki, a nie działał szkodliwie na ustrój, było zawsze gorącym życzeniem syfilidologów.

Wprowadzenie penicyliny do leczenia kiły wywołało i w tym dziale lecznictwa wielki przewrót. Upłynęło zaledwie kilka lat, odkąd podjęto próby leczenia kiły penicyliną, zebrano jednak już wiele doświadczeń, pozwalających na ocenę działania tego leku w różnych okresach i postaciach kiły. Przede wszystkim nasze wiadomości o samej penicylinie uległy rozszerzeniu. Okazało się bowiem, że penicylina nie jest materiałem jednorodnym, ale że mamy do czynienia z kilku odmianami penicyliny oznaczonymi w Ameryce literami F, G, X i K. Spośród tych penicylina K działa najsilniej na gronkowca złocistego, a penicylina G na krętka bladego. Wytwarzanie penicyliny ulega stopniowo doskonaleniu i jeśli dawniej 1 mg suchej substancji zawierał 200 jedn. oxf., to dziś może zawierać do 1.400 jedn. oxf. Obecnie otrzymujemy do użytku białą penicylinę, ponieważ oddzielono chryzogeninę, nadającą jej żółtą barwę. Dziś otrzymujemy penicylinę albo w postaci białego proszku jako sól sodową i wtedy musi być przechowywana w temp. poniżej 10° C albo jako penicylinę krystaliczną, którą można przetrzymywać w temp. pokojowej. Zbyt małe dawki penicyliny mogą powodować podwyższenie odporności krętków bladych w stosunku do penicyliny, jak to stwierdzono zarówno na zwierzętach, jak i w badaniach laboratoryjnych in vitro.

W leczeniu kiły penicylina jest stosowana w postaci zastrzyków podskórnych, domięśniowych, które przygotowuje się w roztworze fizjologicznym chlorku sodu i stosuje co 3—4 godziny od 20—40 tys. jedn. oxf., aby utrzymać stały poziom we krwi, gdyż jest ona szybko wydalana z ustroju. Potem dążenie do zwolnienia wydalenia penicyliny z ustroju spowodowało wynalezienie mieszaniny wosku i oleju orzechowego, jako zaróbki dla penicyliny.

Leczenie kiły można przeprowadzić samą penicyliną stosowaną w roztworze fizjologicznym lub też w zawiesinie oleistej, bądź też z równoczesnym stosowaniem bizmutu i novarsenobenzolu.

W ogólnej ocenie działania penicyliny w kile można stwierdzić, że wywiera ona potężne działanie lecznicze. W kile objawowej penicylina działa szybko leczniczo na wykwity kiłowe, krętki blade giną już po kilkunastu godzinach, zarówno ze zmiany pierwotnej, jak też grudek i lepieży sączących. Nacieki ulegają szybkiemu wessaniu, ubytki pokrywają się w ciągu kilku dni naskórkiem, osutki plamiste cofają się szybko a grudkowe nieco wolniej. Po tych ostatnich pozostają czasem plamy barwikowe. W przebiegu leczenia zdarzyć się mogą objawy Jarisch-Herxheimera zazwyczaj po 3 wstrzyknięciu penicyliny. Dość często występuje rumień i przemijające podwyższenie ciepłoty. Chorzy leczeni penicyliną wykazują dużą senność i poprawę łaknienia oraz szybki przybytek na wadze. Gruczoły limfatyczne powiększone wskutek choroby wymagają dłuższego czasu na powrót do normy. Również powrót odczynów serologicznych do wyników ujemnych na-

stępuje w przypadkach z wysokim mianem dopiero po kilku miesiącach, zazwyczaj pod koniec czwartego. Jeżeli negatywizacja odczynu pod wpływem leczenia nastąpiła wcześniej, a mamy nawrót serologiczny, to zdarza się on przeważnie około 6 miesiąca i to częściej dotyczy kiły drugorzędnej niż pierwszorzędnej. Do najtrudniejszych zagadnień w leczeniu kiły penicyliną należy ustalenie skutecznej dawki. W tym celu w St. Zjedn. przebadano systematycznie kilkadziesiąt rozmaitych sposobów leczenia kiły wczesnej samą penicyliną i w połączeniu z innymi środkami, zwracając uwagę na czas trwania leczenia, wysokość pojedyńczej i ogólnej dawki i na odstęp czasu między dawkami, w przypadkach kiły nerwowej na leczenie połączone z pyroterapią. Okazało się, że wysokość dawki penicyliny ma bardzo wielkie znaczenie. I tak według Moore'a przy dawce ogólnej:

60.000	jedn.	oxf.	nastąpił	nawrót	u wszyst.	chorych	
300.000	„	„	„	„	„	„	„
600.000	„	„	„	„	w 40%	przypad.	
1200.000	„	„	„	„	w 15—20%	„	

Pilsbury zestawił wyniki leczenia przeprowadzonego u 5.000 chorych kiłowych, u których stosowano 2,400.000 jedn. oxf. w ciągu 7½ dni. Chorzy ci byli kontrolowani następnie klinicznie i serologicznie przez 1—10 miesięcy. Poczynione obserwacje wykazały 1—2% nawrotów klinicznych i 13% nawrotów serologicznych. Na innym materiale wykazano, że leczenie kiły wczesnej wyłącznie penicyliną w ilości 1,200.000 jedn. dawało 5% nawrotów, ale zastosowanie tej samej dawki penicyliny łącznie z bizmutem w ilości 0,6—1,0 g metalicznego bizmutu dawało tylko 2% nawrotów. Stwierdzono dalej, że duże znaczenie ma czas trwania choroby do chwili rozpoczęcia leczenia penicyliną, gdyż okazało się, że w przypadkach kiły, w których leczenie rozpoczęto w 55 dniu po zakażeniu było 32% nawrotów, podczas gdy u chorych, u których leczenie rozpoczęto w 7 dni po zakażeniu — tylko 14% nawrotów.

Jeśli chodzi o stosowanie leczenia skojarzonego, to przeprowadzano je w różnych zestawieniach. I tak: penicylina i novarsenobenzol, penicylina i bizmut, a wreszcie wszystkie te trzy leki łącznie. Każda z tych metod ma swych zwolenników. Jednakże tacy autorzy, jak Schoch, Aleksander i Osmond wypowiadają się za leczeniem penicyliną łącznie z bizmutem. Według nich to zestawienie daje najlepsze wyniki.

Badania przeprowadzone w Klinice Dermatologicznej U. J. nad leczeniem kiły pierwszo- i drugorzędnej penicyliną w połączeniu z bizmutem zdają się potwierdzać opinię wyżej wymienionych autorów. Leczenie to przeprowadzaliśmy penicyliną wodną, stosując 40.000 jedn. oxf. co 3 godz. przez 7½ dnia, co w sumie wynosi 2.400.000 jedn. i bizmutem, stosując go w 1, 4 i 7 dniu leczenia po 0,2 g bizmutu metalicznego. Otrzymaliśmy doskonałe wyniki po tym leczeniu. Są one zbliżone do tych, które podał Pilsbury.

Jeżeli chodzi o leczenie kiły późnej, to różni autorzy zalecają rozpoczynać je od małych dawek penicyliny, aby uniknąć zbyt raptownego wstrząsu. Występujące w późniejszych okresach kiły zmiany w skórze i kościach goją się szybko pod wpływem penicyliny, trudniej ustępują takie sprawy, jak śródmiąższowe zapalenie rogówki.

W kile układu nerwowego leczenie penicyliną przynosi największą poprawę w sprawach naczyniowych i oponowych, natomiast jest mało skuteczne w leczeniu porażenia postępującego i wiądu rdzenia bez względu na to, czy leczenie to przeprowadzano wstrzykiwaniami domięśniowymi, dożylnymi czy dordzeniowymi. W leczeniach tych stosowano wysokie dawki penicyliny i dochodzono do 10 mil. jedn. oxf. Nie spostrzeżono jednak różnicy w wynikach otrzymanych przy stosowaniu dawki mniejszej o połowę. Natomiast doskonałe wyniki uzyskiwano w przypadkach kiły nerwowej przy stosowaniu leczenia penicyliną łącznie z pyroterapią (szczepienie zimnicy). W ten sposób leczono 70 chorych i u 28 nastąpiła poprawa, u 37 nie zaobserwowano zmian, a u 5 stwierdzono pogorszenie. Najpomyślniejsze wyniki otrzymano w przypadkach początkowego zaniku nerwu wzrokowego, gdyż na ogólną liczbę 6 chorych u 5 powstrzymano rozwój sprawy chorobowej.

Niezmiernie ważnym zagadnieniem jest leczenie kiły wczesnej u kobiet ciężarnych. Zdaje się, że na tym polu penicylina całkowicie wyparła inne leki na dalszy plan. Goodwin i Moore leczyli 57 kobiet ciężarnych chorych na kiłę, które urodziły 60 żywych dzieci. Tylko w jednym przypadku stwierdzono kliniczne i serologiczne objawy kiły wrodzonej. Z pozostałych dzieci 42 kontrolowano przez okres wystarczający do stwierdzenia, że nie uległy one zakażeniu. Te wyniki są niewątpliwie znacznie lepsze od osiąganych innymi metodami. Toteż kobiety ciężarne chore na kiłę, bez względu na to, z jakim okresem kiły mamy do czynienia, należy według autorów amerykańskich leczyć penicyliną, a zarzucać inne metody. W tych przypadkach ogólna dawka penicyliny winna wynosić 4 mil. jedn., a czas leczenia około 12 dni. Jeżeli mimo tego leczenia wystąpiłby nawrót kliniczny lub serologiczny, to należy powtórzyć leczenia penicylinowe. Również tak samo należy postąpić w razie bardzo wolnego ustępowania odczynów serologicznych. Naogół nie obserwowano działania szkodliwego penicyliny na przebieg ciąży, do wyjątków należą przypadki, gdzie pod jej wpływem zjawiały się skurcze macicy, krwawienia a nawet poronienia.

W leczeniu wczesnej kiły wrodzonej stosowano penicylinę w ogólnej ilości od 40—80 tys. jedn. oxf. na 1 kg wagi ciała. Dokonuje się 6 wstrzykiwań na dobę przez 7½ dnia. Przeprowadzone w ten sposób leczenie daje dobre wyniki. Zmiany kiłowe na skórze i śluzówkach ustępują już podczas leczenia lub wkrótce po jego zakończeniu. Nieco dłużej utrzymuje się nieżyt nosa (sapka kiłowa), którego wyleczenie wymaga więcej cza-

su, gdyż od 2—8 tygodni. Jeszcze dłużej trwa ustępowanie zmian kostnych (osteitis), albowiem od 2—6 miesięcy. U niemowląt i dzieci Sanders radzi zaczynać leczenie od podawania związków arsenowych przez 2 tygodnie, ponieważ penicylina często ma wywoływać zmiany nieżytowe przewodu pokarmowego, dopiero po tym czasie zaleca stosować penicylinę w dawkach po 20 tys. jedn. co 3 godziny przez 5 dni.

Schwenlein donosi o trzech przypadkach śmierci podczas lub wkrótce po leczeniu penicyliną. Wprawdzie nie ustalono, co było przyczyną zgonu — penicylina czy też kiła wrodzona — jednak te wypadki nakazują ostrożność. Dotychczas uważano penicylinę za lek pozbawiony właściwości trujących, sprzyjało to szybkiemu rozpowszechnieniu jej w lecznictwie. Jednakże w miarę wzrostu doświadczenia okazuje się, że i penicylina może dawać objawy zatrucia lub odczyny chorobowe. Szereg autorów spostrzegał odczyny pokrzywkowe w czasie leczenia, Gordon zaś widział 3 przypadki, w których wystąpiły odczyny późne w kilka dni po podaniu penicyliny, a w jednym z tych przypadków wystąpiły objawy wstrząsu anafilaktycznego.

Dłuższe leczenie penicyliną wodną ma tę niedogodność, że wymaga kłucia chorego co kilka godzin, aby otrzymać pożądany poziom penicyliny we krwi. Zrodziło to dążenie do szukania takiej zawiesiny, z której penicylina wydalałaby się znacznie wolniej. Zagadnienie to powiodło się rozwiązać Romańsky'emu i Rottmanowi, którzy pierwsi wprowadzili penicylinę oleistą. Zawiera ona od 100—300 tys. jedn. oxf. w 1 ml i może być stosowana w leczeniu co 12 lub nawet co 24 godziny. Kirby i Leifer stwierdzili, że poziom penicyliny we krwi utrzymuje się znacznie dłużej i równiej, jeżeli wstrzykuje się ją podskórnie, a nie domięśniowo. Penicylinę oleistą stosuje się w leczeniu kiły objawowej i utajonej wczesnej, podobnie zresztą jak i penicylinę wodną. Jednakże dawka ogólna penicyliny oleistej jest znacznie wyższa aniżeli wodnej. Stosuje się najczęściej 3 mil. jedn. oxf. na dawkę ogólną. Leczenie to przeprowadzamy w ciągu 5 dni, stosując penicylinę 2 razy dziennie po 300.000 jedn. oxf. lub w ciągu 10 dni raz dziennie po 300 tys. jedn. oxf. Oczywiście i w leczeniu penicyliną oleistą można stosować także bizmut względnie novarsenobenzol.

W Polsce w akcji szybkiego zwalczania kiły stosujemy 10-dniowe leczenie penicyliną oleistą z równoczesnym podaniem bizmutu w 1, 4, 7 i 10 dniu leczenia (0.2 bizmutu metalicznego).

Czy stosowane metody prowadzą do uleczenia osobników dotkniętych kiłą i która z metod przedstawionych jest najlepsza — trudno narazie dać na to odpowiedź. Nie mamy bowiem, jak dotąd, pewnych kryteriów wyleczenia kiły.

Autorzy amerykańscy uważają, że całkowite wyleczenie kiły jest możliwe w krótkim okresie czasu, jakkolwiek różnią się w zapatrywaniach na sprawę wyłącznego leczenia penicyliną, czy też skojarzonego z innymi lekami, na wysokość dawek, czasu trwania leczenia itd.

Autorzy europejscy stoją na stanowisku, że leczenie samą penicyliną nie jest dostateczne do wyleczenia kiły. Walter domaga się, aby po leczeniu penicylinowym przeprowadzić w dalszym ciągu leczenie salwarsanowo-bizmutowe. I tak w kile surowiczo ujemnej zaleca 2 cykle leczenia salwarsanowo-bizmutowego, z krótką 3—4-tygdniową przerwą między nimi. Leczenie takie uważa on za ciągłe, gdyż w tej krótkiej przerwie ustrój jest poddany działaniu leków zdeponowanych w czasie pierwszego leczenia. W kile drugorzędnej leczenie salwarsanowo-bizmutowe następujące po leczeniu penicylinowym winno trwać co najmniej 1 rok.

Cele, jakie stawiano sobie przy dawniejszych sposobach leczenia kiły, jak i przy obecnych pozostały te same. Dążymy do uleczenia chorego. Czy przy stosowaniu leczenia penicylinowego i szybkich metod nowoczesnych to się nam udaje, rozstrzygnie dopiero przyszłość.

Dyskusja.

Dr Stępniewski, przedst. Państw. Związku Przeciwwenerycznego wygłosił następujące przemówienie:

Słyszeliśmy zarysy całej akcji, która ma być prowadzona na terenie całej Polski w r. 1948 i na przyszłość — akcji przeciwwenerycznej. Z referatu Kol. Lebiody możemy wysnuć wnioski, jakie będą wyniki w stosowaniu penicyliny w leczeniu kiły.

Dlaczego Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do tej akcji? Otóż w połowie zeszłego roku była przeprowadzona ankieta statystyczna i otrzymaliśmy dane z bardzo wielu źródeł: zarówno z Ubezpieczalni Społecznych, jak i wojskowości i doszliśmy do przekonania, że od roku 1945 mamy wielkie rozprzestrzenienie się chorób wenerycznych, a świeżych przypadków kiły jest około od 100—150 tysięcy. Jest to liczba olbrzymia. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że kiłę należy leczyć od 2-ch do 3-ch lat, a w statystyce liczy się chorego 4 lata, to narastanie nowych zakażeń doprowadziło do tego, iż mamy tych chorych kilkaset tysięcy. Z drugiej strony wiemy, że około 80% chorych kiłowych leczy się źle, więc ich zaraźliwość trwa dłużej, czasem długie lata, a zaraźliwość dobrze leczonego chorego trwa około 1 roku.

Otrzymaliśmy taki lek, jak penicylina. Stosowanie jej przy kile w r. 1945 i 46 było trudno dostępne, gdyż nie było penicyliny oleistej, a penicylinę w roztworze wodnym można było stosować tylko przy leczeniu szpitalnym. W tej chwili trudność w otrzymywaniu penicyliny oleistej została usunięta i możemy ją stosować ambulatoryjnie przez wciąganie do strzykawki za pomocą igły, nie rozgrzewając jej.

Ministerstwo Zdrowia postanowiło przystąpić do akcji zwalczania chorób wenerycznych z całą energią i musiało wiele trudności przezwyciężyć,

gdyż trzeba było postawić sprawę na forum Prezydium Rady Ministrów. Sprawę wygraliśmy, otrzymaliśmy duże kredyty, które przeznaczyliśmy na zakup leków. Ustaliliśmy plan, który ma „placet“ przede wszystkim świata naukowego tak w Polsce, jak i na terenie międzynarodowym, gdyż sprawa ta omawiana i uzgadniana była na dwóch zjazdach lekarzy wenerologów w Polsce i na zjeździe w Paryżu. Plan nasz został przyjęty i uzgodniony i możemy go wprowadzić w życie.

W tej chwili przystępujemy do akcji i prosimy Kolegów o pomoc w przeprowadzeniu planu. Akcja dzieli się na 2 działy:

1) Pierwsza część, to akcja trwała, polegająca na zorganizowaniu placówek leczniczych, wykrywaniu źródeł zakażenia, kontroli chorych i leczeniu.

2) Druga część to akcja doraźna — przeprowadzenie leczenia penicyliną świeżych przypadków zakażenia kiłą, bo wtedy chory będzie krócej stanowić źródło zakażenia i mamy całkowitą gwarancję, że chory w całości leczenie przeprowadzi, bo trwa tylko kilka dni.

Trudność całej akcji polega na przypilnowaniu części pierwszej i prosimy o pomoc wszystkich lekarzy wenerologów. Prosimy także o pomoc lekarzy powiatowych o nadzorowanie tej akcji i kierowanie nią. Na temat samego planu działania wypowiedział się Kol. Capiński.

Sprawa personelu, który ma być zatrudniony w akcji przeciwwenerycznej. Przewiduje się, że każdy lekarz, kierownik poradni przeciwwenerycznej w ośrodku zdrowia będzie otrzymywał 2.400 zł za 1 godz. pracy w stosunku miesięcznym, plus wszystkie dodatki i będzie płatny przez władze wojewódzkie. Pielęgniarka, która jest w ośrodku zdrowia a uposażenie wypłaca jej samorząd, będzie miała dodatkowe wynagrodzenie za 4 godz. pracy dziennie, natomiast druga pielęgniarka będzie otrzymywać uposażenie wg tabeli płac plus dopłaty za wywiady (100 zł za 1 wywiad). Siła kancelaryjna otrzyma wynagrodzenie ryczałtowe równe IX lub X grupie uposażenia plus 25%. Jeśli chodzi o podstawy prawne w tej sprawie, to rozesłany będzie okólnik.

Etapy samej akcji leczniczej. W tej chwili pierwszy etap jest już wykonywany przez kliniki uniwersyteckie, które już są zaopatrzone w penicylinę oleistą i wodną i zdolne są do leczenia chorych kiłowych nie tylko szpitalnie, ale i ambulatoryjnie. Tych chorych, którzyby mogli zainstalować się w Krakowie, możnaby już skierować do przychodni u Kol. Lebiody i leczenie to potrwałoby około kilkunastu dni (chodzi tu oczywiście o świeżo zakażonych).

Pod koniec marca będziemy mogli rozprzestrzenić penicylinę po wszystkich poradniach powiatowych, w których będzie obowiązywał pewien przepis, zasadniczo już opracowany: chory otrzyma przez 10 dni po 300 tys. jednostek penicyliny oleistej w zastrzyku, a potem odpowiednią dawkę bizmutu.

Ubezpieczalnia Społeczna uczestniczy w sumach globalnych i otrzymuje penicylinę centralnie od nas i przeprowadzi akcję we własnym zakresie, a w każdym razie ubezpieczonych obowiązują te same zarządzenia, jak i innych chorych.

Wszystkich lekarzy, tak powiatowych, jak i Ubezp. Społ., wojskowych i Urzędów Bezp. Publ. obowiązują zgłoszenia przypadków.

Jeżeli chodzi o badania krwi na odczyn Wassermanna, to istnieje umowa z PZH i wszystkie ośrodki zdrowia mają przesyłać krew do badania do filii PZH, które będą dokonywały tych badań bezpłatnie.

Poza tym PZH zobowiązuje się do rozszerzenia swojej akcji na większą skalę, np. badanie krwi różnych grup ludności. Jeżeli chodzi o naczynia do krwi, to PZH roześle je w lutym do lekarzy powiatowych z zastrzeżeniem, iż naczynia te mają być używane tylko w tym celu.

Potem na podstawie wymiany lekarze powiatowi otrzymają nowe naczynia.

Sprawy propagandy w zakresie zwalczania chorób wenerycznych przejął Polski Związek Przeciwweneryczny w miastach uniwersyteckich. Związek będzie organizował odczyty, pogadanki itp. Zaznaczam, iż Związek honoruje te odczyty, pogadanki opłatą 750.— zł za wygłoszenie w miejscu pobytu prelegenta, a 1.500.— gdy ten lekarz dojeżdża.

Jednocześnie Polski Związek Przeciwweneryczny wydaje kronikę wenerologiczną, która będzie rozsyłana wszystkim lekarzom.

W sprawie kart chorobowych, chciałbym nadmienić, iż oczywiście będą znikać, ale stopniowo będziemy wychowywać społeczeństwo i będziemy się starali temu zapobiec i karty te będą dużą pomocą w naszej pracy.

Dr Szumski, Myślenice, podkreśla, iż penicylina nie jest środkiem nowoczesnym, zaznaczając, iż nawet w Biblii są o niej wzmianki. Nowa jest nazwa, a środek jest stary, jak świat.

Dr Krupa, Bochnia, wypowiada się w sprawie środków lokomocji, przydzielonych lekarzom powiatowym, zaznaczając, iż sanitarki są już nie do użytku. Następnie Dr Krupa zwraca uwagę, iż podstawą szerzenia się chorób wenerycznych jest alkoholizm i zapytuje, jak przedstawia się akcja przeciwalkoholowa i czy prace Min. Zdrowia poszły również i w tym kierunku. Poza tym Dr Krupa kładzie nacisk na to, iż lekarze są bardzo uspołecznieni i dostosowują się do nowych zarządzeń, reorganizujących służbę zdrowia. W sprawie rozsiedlenia lekarzy ma zastrzeżenie odnośnie wypowiedzi Dyr. Grynberga, iż lekarzy zbędnych na danym terenie przesiedli się na tereny inne w okresie do kwietnia przyszłego roku i dalej porusza sprawę mieszkań dla lekarzy.

Poza tym Dr Krupa prosi o przyznanie odpowiednich kredytów na budowę ośrodków zdrowia, lub ich rozbudowę oraz na pomieszczenia dla lekarzy.

Dr Bellert, Dyr. Szpit. św. Łazarza

opowiada o pracy swej jako lekarza powiatowego, którym był dawniej, podkreślając, iż do budowy ośrodków zdrowia możnaby zmobilizować społeczeństwo. Odnośnie referatu Dr Capińskiego, Dr Bellert jest zdania, iż penicyliny nie należałoby rozsyłać lekarzom na prowincji, po uprzednim zwróceniu się o nią, a rozesłać każdemu lekarzowi do wyliczenia. Poza tym Dr Bellert proponuje zorganizować zebrania w każdym powiecie, na których lekarz wenerolog wygłosiłby odczyt o nowoczesnych sposobach leczenia chorób wenerycznych, a także powinna być wysłana lekarzom powiatowym krótka instrukcja o leczeniu. W prasie codziennej należałoby podkreślić bezpłatność leczenia chorób wenerycznych a do całokształtu akcji wciągnąć lekarzy wolno praktykujących.

Dr Kalista porusza sprawę dyskrecji przy zgłaszaniu się chorych wenerycznych, podkreślając, iż należałoby zrobić specjalny nacisk na propagandę, aby chorzy świeżo zakażeni natychmiast się zgłaszali. Poza tym Dr Kalista prosi o zwrócenie uwagi na leczenie kiły wrodzonej i o krótkie naszkicowanie planu leczenia salwarsanem, zapytując, czy stosowanie zastrzyków z salwarsanu przy leczeniu dzieci jest aktualne.

Dr Capiński zaznacza, iż sprawa rozdzielania penicyliny była dokładnie przepracowana i ponieważ penicylina jest droga nie można jej rozdzielać na lekarzy powiatowych, gdyż jej nie będzie tak bardzo dużo, aby można pozwolić na to, by była przechowywana źle i nie byłoby kontroli, dokąd ona idzie. Jeżeli chodzi o dyskrecję, to możliwym jest, iż nazwisko chorego przedostanie się na zewnątrz, trzeba jednak zwrócić uwagę na dobranie odpowiedniej pielęgniarki społecznej, aby była dyskretna i inteligentna. Pielęgniarkę taką będzie łatwo dobrać, gdyż będzie miała specjalnie wysoką gażę. Następnie Dr Capiński odpowiadając zabierającym głos w dyskusji, zaznacza, iż akcji przygotowawczej nie można przedłużyć, gdyż i tak długo trwało ustalanie planu, a ponieważ mamy do czynienia z kiłą, trzeba leczyć równocześnie z propagandą.

Dr Lebioda zabiera głos w sprawie leczenia kiły wrodzonej, podając, iż leczenie jest na ogół trudne, gdyż kiła wrodzona daje rozmaite postaci. Trzeba najpierw zabezpieczyć organizm przed procesem toczącym się — trwającym około 2 lat — leczeniem zabezpieczającym. U dzieci można stosować niewielkie dawki arsenu trójwartościowego.

Przy zakończeniu zjazdu zabrał głos Dyr. Grynberg.

„Proszę Kolegów! Bardzo mnie cieszy, że na tym zjeździe zostały postawione problemy, gdyż po to są zjazdy, żeby stawiać zagadnienia, które wymagają zasadniczego rozwiązania.

Koledzy napewno wiedzą z historii, że istniał ruch socjalizmu utopijnego, który został zafiksowany w historii, a ludzie, którzy byli jego twórcami i propagatorami są dziś czczeni — ludzie ci, to Sant Simon, Herzenberg i inni, to były piękne, wspaniałe postacie ludzkie. Czy ci ludzie mogli osiągnąć swój cel zbliżenia świata do realizacji tych ideałów? Nie — oni głosili ideę, byli jej zwiastunami, ale do realizacji świata nie mogli się zbliżyć, gdyż nie opierali się na metodach naukowych. My lekarze z natury jesteśmy empirykami i musimy całą naszą działalność opierać na empiryce, na doświadczeniach.

Najpiękniejsze ideały, jeżeli nie będą w sobie miały realizmu i nie będą oparte na doświadczeniu, wszystko to pozostanie w sferze mrzonek, a realizacja będzie fragmentaryczna i zasadniczych zmian nie dokona. Dziwnie jakoś bez wrażenia przeszło sprawozdanie Dr Anselma. Przecież my jesteśmy ludźmi, którzy fiskalnie badają i opierają się na doświadczeniu, a Kol. Anselm mówił, iż w ciągu tych trzech lat osiągnęliśmy w służbie zdrowia znacznie więcej, aniżeli przedtem w ciągu okresu dawnej niepodległości, który trwał lat 20. I proszę sobie przedstawić, w jakim stanie była Polska w r. 1918, a w jakim w r. 1944. Straty Polski po II-giej wojnie światowej wynoszą 100 miliardów złotych w złocie, a dochód społeczny w r. 1947 wynosił tyle, ile w r. 1938. Gdzie tkwi tajemnica tego skoku, który dokonał się na naszych oczach i trzeba sobie z tego zdać sprawę i trzeba to zafiksować, że skok ten polegał na wprowadzeniu gospodarki planowej, która jest narzędziem, która realizuje rzeczy oparte nie na marzeniu, ale na podstawie dotychczasowego doświadczenia i które dadzą się zrealizować.

Jeżeli wczoraj mówiłem o harmonogramie realizowania programu, to jasnym jest, że każdy z lekarzy będzie realizował plan, jaki zdoła wykonać i my na „judymizmie“ nie będziemy się opierali, ale duch ten będzie w ramach doświadczenia. Słusznie tu powiedział jeden z Kolegów: „ja nie wiem, co się da zrobić“, ale proszę powiedzieć, co da się zrealizować. Tak będzie wyglądał ten plan i wówczas będzie realny i wtedy będziemy się jeszcze szybciej posuwać niż w tym okresie 3-letnim.

Nie jest to przypadkiem, że na zjeździe lekarzy powiatowych i to akurat w Woj. Krakowskim sprawa mieszkaniowa staje się drażliwa. Wiemy, co to jest problem Ziem Odzyskanych, to znaczy być, albo nie być naszego Państwa. Województwem, które skupia największą liczbę lekarzy jest Woj. Krakowskie i brak jest mieszkań dla lekarzy, a w województwach, na których nam najwięcej zależy, tj. w woj. Ziem Odzyskanych, lekarze mają po 5—7 pokoi. Jaki stąd wniosek? Jeżeli lekarz nie ma mieszkania w Woj. Krakowskim, to niech jedzie na Ziemie Odzyskane. Jeżeli chodzi o zasiłek osiedleńczy, to kierowaliśmy się tym, że jeżeli w miejscowościach podwarszawskich można wynająć mieszkanie za 50.000.— zł, to my dajemy 50.000.— zł na koszty osiedlenia się lekarza.

Jak w przyszłości będzie wyglądać sprawa mieszkaniowa? W planie trzechletnim był zakaz budowania nowych szpitali. Aby zorientować się, jak ta sprawa będzie wyglądała na przyszłość, powołaliśmy komisję specjalistów-fachowców z r. 1938, ludzi, którzy faktycznie reprezentują najpiękniejsze myśli. Otóż oni przedstawili nam plan, że Pol-

ska będzie miała 91.000 łóżek szpitalnych i ani jednego szpitala się nie odbuduje.

Jeżeli jednak Min. Bobrowski mówi nam, że w r. 1948 będziemy już mogli budować, to zaraz przystąpimy do budowy, bo 10 powiatów w Polsce nie ma jeszcze szpitali. W tym roku przystępujemy także do budowy nowych ośrodków zdrowia i przewidujemy tam mieszkania dla lekarza i pielęgniarki. Będziemy się starali kierujących tym zespołem lekarzy umieścić odpowiednio i to jest nasza perspektywa.

W sprawie komunikacyjnej chciałbym zaznaczyć, iż zakupiliśmy w Ameryce 240 Willisów, lecz Departament Stanu USA odmówił dostarczenia tych wozów ze względów politycznych. W tym roku zamówiliśmy 300 samochodów lekkich i nie chcą nam dać wozów wojskowych, terenowych, gdyż wydaje im się, iż nas w ten sposób uzbroją. Możnaby samochody sprowadzać z Francji, ale tutaj także będą pewne przeszkody polityczne.

Jeżeli chodzi o sprawę wyczerpywania wszystkich zagadnień, to w departamencie, którym ja kieruję, są prowadzone zagadnienia programów działalności służby zdrowia, które będą wydrukowane w Dzienniku Zdrowia. Czy my wszystkie programy wyczerpujemy — absolutnie nie. Wzięliśmy pod uwagę te sprawy, które mają realne możliwości wprowadzenia w życie, ale które są pilne. Program walki z alkoholizmem będzie podany może nie w pierwszym egzemplarzu Dziennika, ale niedługo się ukaże i o walce z alkoholizmem myślimy. W tej chwili nie chcemy na zjeździe tymi sprawami zawracać głowy, gdyż obecnie cały nacisk kładę na odcinek, na którym należy i można odnieść zupełny sukces, to jest walka z chorobami wenerycznymi. Program nasz zaaferował świat i teraz ma realne podstawy wprowadzenia w życie. I jeżeli wiemy, że duch judymizmu trwa u nas, jesteśmy przekonani, że lekarze powiatowi program ten zrealizują i nie będziemy się rozpraszać na wszystkie akcje, a skupimy się na jednym odcinku, co później pozwoli nam przerzucić się na inny.

Chcę podkreślić tu pewną rzecz, która była podana przez Dr Capińskiego — sprawę, dlaczego przenieśliśmy ciężar walki z chorobami wenerycznymi na powiatowe ośrodki zdrowia. Nie dlatego, że tam rejestracja ma się odbyć, że tak będzie łatwiej dla dyskrecji, ale chodzi nam o pewne zasadnicze myśli, które reprezentujemy. Służba Zdrowia świadczy usługi zdrowia, a lekarz powiatowy świadczy usługi administracyjne i wszystkie usługi zdrowia należy przenieść na powiatowe ośrodki zdrowia i szpitale, a Koledzy będą zajęci tylko sprawami organizacyjno - administracyjnymi i w ten sposób usprawnimy pracę, gdyż napewno na tym odcinku jest wiele niedomagań.

Sprawozdań nie czytaliśmy, bo są złożone przez Kolegów na piśmie. Na zjeździe mogą być przytaczane tylko problemy palące i chodzi o to, że jeżeli przytaczamy jakiś fakt, to tylko dla ilustracji zasadniczego problemu. Jeżeli są jeszcze jakieś szczególne sprawy, prosimy kierować je na piśmie do Ministerstwa Zdrowia. Cenimy sobie współpracę z Kolegami, gdyż wiemy, iż jesteście faktycznymi realizatorami naszych postulatów w życiu. Ta współpraca musi być planowa i opierać się na zasadniczych punktach planowych. Każdy z lekarzy powiatowych musi sobie sam planować pracę w swoim powiecie w sposób realny. Na tym będzie polegało to planowanie i po to się tu schodzimy, aby praca i współpraca były jak najlepsze. O osiągnięciach należy pisać do nas i Ministerstwo Zdrowia nie rzuca pism do kosza. My się bardzo zastanawiamy nad każdym zjazdem lekarzy powiatowych i takie zjazdy dają nam wiele cennego materiału nawet wtedy, gdy przychodzi do różnicy zdań. Zjazdy nie mogą się przecież odbywać w idealnej zgodzie, bo gdzie jest życie, jest i walka i z tej walki rodzi się dopiero prawda. Mniej powinno być zjazdów jubileuszowych, a więcej zjazdów poświęconych zagadnieniom zasadniczym.

W i c e - M i n i s t e r K o ż u s z n i k.

„Chcę zwrócić uwagę na pewne momenty. My wszystkie zagadnienia poruszane przez Kolegów, wszystkie bolączki znamy i myślimy o nich na szczeblu najwyższym. Chcę podkreślić jeszcze raz, żeby zwrócić uwagę na te momenty, które mają realizować nową służbę zdrowia i spełnić to zadanie, jakie służba zdrowia powinna spełniać. Niewątpliwie, że podstawowym momentem, który umożliwi spełnienie tego, jest wykonanie odpowiedniego planu i tu znowu były prawie wszystkie momenty poruszane, momenty, które mogą ułatwić pracę lekarzy powiatowych, a więc motoryzacja, personel, produkcja lekarzy fachowców — wszystko to było poruszane. Chciałem zwrócić uwagę na rolę współzawodnictwa i jeżeli wtedy opracujemy dokładnie plan, wtedy współzawodnictwo będzie mogło mieć zastosowanie w wielkim stopniu i będzie mogło urzeczywistnić wszystkie założenia służby zdrowia.

Zapewniam Kolegów, że my nie myślimy tylko o obowiązkach, które na was nakładamy, ale także o waszych sprawach i wszystkich bolączkach i pragnę podkreślić, że trudności, jakie wy macie w terenie również są rozpatrywane, ale niektóre z tych spraw trzeba stawiać nie w płaszczyźnie powiatu, ale trzeba zwrócić uwagę na to, czy są one możliwe do spełnienia na tle sytuacji międzynarodowej. Jak przytoczył Dyrektor Grynberg „nie żyjemy w odosobnieniu, ale jesteśmy w dużej mierze zależni od innych“ i to są wszystko momenty, które należy brać pod uwagę. Sprawy terenowe były już przedyskutowane i są one tak samo w planach, będących w przygotowaniu, uwidocznione.

Dziękuję wszystkim za zjazd i proszę, aby zgrzyty, które były, nie brać tak, jak wyglądały. Dyskusja niewątpliwie mogła dużo wnieść w pracę, jaka nas czeka i w spełnienie tych zobowiązań, jakie ma służba zdrowia wobec Państwa“.

Zjazd zamknął wicewojewoda P r z y b y s z, dziękując gościom i uczestnikom za wzięcie udziału w zjeździe, wznosząc okrzyk „Niech żyje Polska Ludowa“.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KRAKOWIE

ogłasza konkurs na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej z siedzibą w Krakowie.

Kandydaci powinni posiadać przynajmniej 5 lat praktyki lekarskiej, w tym 3 lata praktyki szpitalnej oraz 5 lat pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynamniej rok w ubezpieczalni społecznej lub kasach chorych.

Kandydaci winni przedłożyć:

1) dowody studiów lekarskich,
2) dowody odbycia wymaganej praktyki,
3) własnoręcznie napisany życiorys.

Warunki pracy i płacy ustalone będą zgodnie z zasadami obowiązującymi w ubezpieczalniach społecznych.

Zgłoszenia wraz z załącznikami należy kierować pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie do dnia 31. V. 1948 r. z notatką na kopercie: „Konkurs na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie".

Dyrektor US. **Przewodniczący Tymczasowego Zarządu US.**

Wydział Powiatowy w Myślenicach ogłasza

KONKURS

na następujące stanowiska:

1. Dyrektora pogotowia chirurgiczno-położniczego w Myślenicach,
2. Lekarza asystenta,
3. Położnej.
4. 5 pielęgniarek.

Kandydaci na wymienione stanowiska winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia,
b) dowód obywatelstwa polskiego,
c) życiorys,
d) dowody studiów i odbytej praktyki.

Poza tym kandydaci na stanowiska wymienione pod 1 i 2 winni przedłożyć odpisy dyplomów lekarskich, oraz prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim. Od kandydata na stanowisko dyrektora wymagane jest również przedłożenie dowodu odbycia conajmniej 5-letniej praktyki w dziedzinie chirurgiczno-położniczej.

Do powyższych stanowisk przywiązane jest uposażenie według tabeli płac ustalonej przez Ministerstwo Zdrowia dla pracowników służby zdrowia (ok. Nr 32/47 z dnia 5. VIII. 1947 r.).

Posada dyrektora jest do objęcia z dniem 1. maja 1948 r., pozostałe od daty określonej w umowie.

Odpowiednio umotywowane podania wraz z załącznikami wnosić należy do Wydziału Powiatowego w Myślenicach w terminie do dnia 25 kwietnia br.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
Starosta Powiatowy
wz. Stanisław Nesterski
Wicestarosta

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GDAŃSKU

zaangażuje od zaraz dla m. Elbląga

1 lekarza specjalistę chorób skórnych i wenerycznych z wynagrodzeniem za 5 godzin obliczeniowych dziennie w stosunku miesięcznym. Mieszkanie zapewnione. Urząd Wojewódzki Gdański przyznaje jednorazową subwencję w wysokości 50.000 zł dla lekarza nowo osiedlającego się.

Podania wraz z życiorysem należy kierować do Działu Lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej w Gdańsku, ul. Wałowa 14 b, do dnia 15. maja 1948 r.

WYDZIAŁ POWIATOWY W KOZIENICACH

ogłasza konkurs

na lekarza ordynatora oddziału wewnętrznego w Szpitalu Powiatowym.

Pożądana jest znajomość rentgenologii.

Kandydaci na powyższe stanowisko winni złożyć wraz z podaniem następujące dokumenty: metrykę urodzenia, życiorys, dowód obywatelstwa polskiego, odpisy świadectw odbytej praktyki na oddziałach chorób wewnętrznych.

Uposażenie według tabeli płac ustalonej przez Ministerstwo Zdrowia dla Pracowników Służby Zdrowia.

Podanie należy nadesłać do Wydziału Powiatowego w Kozienicach do 15 maja 1948 r.

Przewodniczący Wydziału Pow.
(—) **W. Klimecki**
Starosta

BUSKO ZDRÓJ — Najsilniejsze w Polsce siarczanki słone jodo-bromowe, solanki jodo-bromowe, wysokowartościowy muł siarczany i borowina, kąpiele kwasowęglowe i solanki jodo-bromowe gazowane, światłolecznictwo, elektroterapia, wodolecznictwo, pijalnia wód mineralnych: miejscowych i zamiejscowych.

Wskazania lecznicze:

Reumatyzm mięśniowy i stawowy we wszelkich postaciach przewlekłych. Artretyzm i zaburzenia przemiany materii. Następstwa po złamaniach, zwichnięciach i postrzałach kości, mięśni i nerwów. Gruźlica gruczołowa i kostna. Zapalenie nerwów, nerwobóle, porażenia i niedowłady (ischias). Chroniczne schorzenia kobiece, skórne i allergiczne.

SEZON OD 2 MAJA DO 31 PAŹDZIERNIKA

Informacji udziela i na żądanie wysyła prospekty Dyrekcja Państwowego Zakładu Zdrojowego w Busku Zdroju.

Dojazdową stacją kolejową Buska są Kielce, z którymi posiada Zdrój stałe połączenie autobusowe.

Drukarnia Nr 3 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Nr. zam.: 100 — 2500 — 19. III. 48 — M — 43197